

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 157

SUR LA FRÉQUENCE RELATIVE
DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS
ANATOMO-PATHOLOGIQUES
DE KYSTES DE L'OVAIRE
ET DE LEURS PRINCIPALES COMPLICATIONS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 24 Juillet 1935

PAR

Jean LE BOUSSE

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à BREST (Finistère), le 9 mars 1911

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		PAPIN, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, professeur... ..	
		RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1935

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 157

SUR LA FRÉQUENCE RELATIVE
DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS
ANATOMO-PATHOLOGIQUES
DE KYSTES DE L'OVAIRE
ET DE LEURS PRINCIPALES COMPLICATIONS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 24 Juillet 1935

PAR

Jean LE BOUSSE

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à BREST (Finistère), le 9 mars 1911



Examineurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
	PAPIN, professeur.....	Juges.
	JEANNENEY, professeur... ..	
	RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSE, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE,
CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale,	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique chirurgicale.	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale et gynécologique.	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants.	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique.	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médie.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Chimie.	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale.	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	GREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	N.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie.	DESPONS.
id.	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie.	JOULIA.
id.	DE GRAILLY.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Périculture.	FAUGÈRE.
Médecine opératoire	PAPIN.	Pharmacie chimique	VITTE.
Accouchements	PERY.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Pathologie médicale.	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Ophtalmologie			MM. CABANNES (en congé).
Ortopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SOEUR

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE
DE MEDECINE NAVALE DE BREST

A MON COMMANDANT DE COMPAGNIE
LE MÉDECIN PRINCIPAL LE BOURGO

*Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

*Sous-directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Vice-président de la Société française de gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Permettez-nous de vous témoigner toute notre gratitude pour l'enseignement dont nous avons bénéficié dans votre service, enseignement si vivant et si riche en notions de clinique et thérapeutique pratique.

Nous ne saurions trop vous remercier du très grand honneur que vous nous faites en voulant bien accepter de présider à la soutenance de notre thèse.

SUR LA FRÉQUENCE RELATIVE
DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS
ANATOMO-PATHOLOGIQUES
DE KYSTES DE L'OVAIRE
ET DE LEURS PRINCIPALES COMPLICATIONS

DIVISION DU SUJET

En envisageant le point de vue clinique, nous classerons les kystes de l'ovaire en deux grands groupes :

I. — *Les kystes simples :*

Kystes mucoïdes;
Kystes dermoïdes;
Kystes du parovaire;
Kystes mixtes.

II. — *Les kystes compliqués :*

La torsion, la suppuration, la rupture, la dégénérescence des kystes, etc., feront l'objet de paragraphes différents.

KYSTES SIMPLES

1° KYSTES MUCOIDES DE L'OVAIRE

Ce sont des tumeurs d'origine épithéliale. Leur volume est fort variable. Certains demeurent petits (de la grosseur du poing). D'autres sont susceptibles de remplir tout l'abdomen et d'atteindre un poids considérable (65 kilos. Williams).

D'après les statistiques anciennes, les kystes mucoïdes constitueraient l'immense majorité des kystes de l'ovaire : 2.192 kystes mucoïdes sur 2.272 kystes de l'ovaire, soit 97 p. 100 (d'après Olshausen).

Nous n'avons pas observé une fréquence aussi grande. 37 observations inédites, que nous devons à l'obligeance de MM. les Professeurs Guyot et Jeanneney, ne comportent que 22 kystes, soit 59 p. 100, de la variété mucoïde. Et sur ce nombre nous n'avons relevé aucun cas de bilatéralité, dont le pourcentage est cependant assez élevé dans les statistiques de certains auteurs : 8 p. 100 (Spencer Wells), 9 p. 100 (Boursier).

Les kystes mucoïdes sont ovoïdes ou piriformes. Extérieurement, ils peuvent être lisses ou bosselés, parfois même divisés en lobules appendus à une tige commune, à la façon des grains d'une grappe de raisin (kystes racémeux).

Les kystes mucoïdes sont toujours multiloculaires. Même lorsqu'ils semblent n'avoir qu'une cavité unique, on trouve dans l'épaisseur de leurs parois des cavités secondaires plus petites : ils sont d'abord multiloculaires, puis deviennent pauciloculaires et même en apparence uniloculaires, par suite du développement prédominant d'une poche et de la résorption.

Le kyste uniloculaire est une tumeur qui a cessé de se multiplier; elle est éteinte, alors que les kystes à cavités multiples et à masses aréolaires, et surtout les kystes papillaires et les tumeurs végétantes représentent le type le plus achevé des tumeurs actives et proliférantes.

Le liquide des kystes est visqueux, filant, quelquefois gélatineux, de coloration brune. Il tient en suspension des éléments figurés : cellules épithéliales, leucocytes, hématies, cellules géantes. Dans sa composition entrent des substances protéiques, de la pseudo-mucine, des sels, de la graisse, de la paralbumine.

La paroi du kyste est d'un blanc bleuâtre. Tantôt elle est très mince, laissant voir par transparence le liquide sous-jacent; tantôt épaisse et donnant à certains points du kyste la dureté d'une tumeur solide. Cette paroi est constituée par une couche de tissu conjonctif, fibreux et serré dans ses zones externes, plus lâche, plus riche en cellules et vaisseaux dans ses couches internes. Elle est revêtue en dehors d'un épithélium cubique ou aplati, semblable à l'endothélium péritonéal.

Le revêtement interne est formé par un épithélium polymorphe, reposant sur une basale. Cette couche de revêtement n'est pas régulière. Par places, elle forme, dans l'épaisseur des cloisons fibreuses, des diverticules d'apparence glandulaire susceptibles de se ramifier, de se dilater et de donner naissance à de nouvelles cavités kystiques (kystes proligères glandulaires).

Plus souvent, on voit à la surface interne des kystes des végétations formées d'une charpente conjonctivo-vasculaire, assez grêle, tapissée d'une couche de cellules cylindriques. En certains points, ces végétations peuvent devenir très abondantes (kystes papillaires, kystes végétants). Elles peuvent même finir par remplir complètement les cavités kystiques. Les rapports et les connexions des kystes de l'ovaire sont intéressants à connaître.

D'ordinaire, ils sont libres dans la cavité abdominale et pré-

sentent un pédicule constitué par le mésovarium et le ligament large.

Ils refoulent l'utérus du côté opposé, ou quelquefois lui font subir un mouvement d'élévation, au fur et à mesure qu'ils envahissent la cavité abdominale. La trompe est alors étirée à la surface du kyste et devient méconnaissable.

Quelquefois, les kystes se développent entièrement entre les feuillets du ligament large, qu'ils écartent; ils arrivent même à décoller le péritoine pariétal, dédoublent le mésocolon sigmoïde à gauche et à droite, remontent jusqu'au cæcum : ce sont les kystes intra-ligamentaires. Dans ces conditions, le kyste se met en rapport direct avec les organes sous-péritonéaux, spécialement avec l'uretère, qu'il peut comprimer.

Il faut distinguer ces faits des fausses inclusions dans lesquelles le kyste est, en apparence seulement, sous-péritonéal, parce qu'il a contracté des adhérences avec les organes du bassin et les parois pelviennes.

SYMPTOMATOLOGIE.

Si les kystes mucoïdes peuvent s'observer à tout âge, ils sont surtout fréquents chez les jeunes femmes entre 20 et 30 ans, puis au voisinage de la ménopause et après.

KYSTE PELVIEN. — Au début, le kyste, de petit volume, est inclus dans la cavité pelvienne. Son évolution est parfois insidieuse. Ou bien elle est marquée par quelques douleurs, des sensations de pesanteur, des tiraillements. Des ébauches de torsion pédiculaire peuvent amener des douleurs plus violentes, accompagnées de nausées ou de vomissements. La compression peut s'exercer sur les nerfs (névralgies sciatiques), sur la vessie (pollakiurie), sur le rectum (constipation), sur les vaisseaux iliaques (oedème et varices des membres inférieurs). On observe quelquefois des troubles de la menstruation : aménorrhée, quand les deux ovaires sont kystiques

(Gallard); irrégularités menstruelles; ménorragies ou métrorragies par congestion de l'utérus (3 à 10 p. 100 des cas). Le kyste pelvien est peu perceptible par le toucher abdominal; il donne seulement l'impression de réplétion pelvienne. Le toucher combiné au palper permet de percevoir le plus souvent, dans un côté du bassin, une tumeur arrondie, régulière, tendue, rénitente. L'utérus est repoussé du côté opposé; il est indépendant de la tumeur. Le fond de l'utérus est senti, distinct de la masse kystique, et les mouvements imprimés à celle-ci ne se transmettent pas à l'utérus. A l'hystéromètre, la cavité utérine n'est pas modifiée.

La tumeur est habituellement mobile. Son siège est un peu variable; elle est tantôt franchement latérale, tantôt presque médiane dans le cul-de-sac postérieur, et repousse l'utérus en avant; mais elle ne descend pas dans le cul-de-sac et ne dédouble pas la cloison recto-vaginale.

A ce stade, le kyste de l'ovaire est à distinguer des diverses tumeurs pelviennes, soit tumeurs annexielles (hydrosalpinx, kyste du ligament large, grossesse tubaire), soit tumeurs utérines (fibromes, grossesse), soit collections enkystées pelviennes (hématocèle).

KYSTE ABDOMINAL. — L'augmentation de volume du ventre est signalée par la malade et frappe dès l'abord. Le ventre est ovoïde et saillant en avant. L'ombilic n'est pas déplissé. Le plus souvent, la tumeur proémine plus d'un côté que de l'autre.

Par la palpation, on apprécie le volume de la tumeur, son contour lisse ou bosselé, sa consistance tendue, rénitente, parfois inégale.

La palpation alternative des deux mains donne une sensation de flot, en cas de kyste uniloculaire, à paroi mince.

Par la percussion, on délimite une matité centrale, à courbe à convexité supérieure, caractéristique.

Au toucher vaginal, le doigt ne peut atteindre le pôle inférieur du kyste, relié par un pédicule à la corne utérine. Par

suite du mouvement d'ascension de l'utérus, le col est en position élevée et peut à peine être senti, dans certains cas, au bout du doigt.

L'utérus est souvent dévié latéralement et perçu indépendant de la tumeur.

A ce stade, les signes de compression pelvienne ont souvent disparu. La tumeur, plus volumineuse, donne lieu à une sensation de pesanteur; mais la gêne peut être légère. On note fréquemment des troubles digestifs.

Mais les très gros kystes remplissant tout l'abdomen donnent lieu à des troubles fonctionnels sérieux. L'état général est profondément touché : les malades se cachectisent, et cet amaigrissement contraste avec l'augmentation de volume du ventre; la face s'émacie, les téguments prennent une teinte jaunâtre. Les malades souffrent, présentent des troubles digestifs dus à la compression de l'estomac et de l'intestin. Le refoulement du diaphragme provoque une dyspnée pénible. On observe aussi des troubles cardio-vasculaires (palpitations, affaiblissement et irrégularité des bruits du cœur, pouvant aller jusqu'à l'asystolie).

OBSERVATION I.

Mme A... (L.), 19 ans, femme de chambre, entre à l'Hôpital André-Boursier, le 2 avril 1932, pour *douleurs abdominales et pertes abondantes*.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans. Depuis, règles normales, d'une durée de trois jours.

Histoire de la maladie : Fausse couche il y a un an.

Depuis, *douleurs* localisées surtout dans la région annexielle droite, continues, avec des paroxysmes, des irradiations dans la région lombaire, les membres inférieurs.

Mictions douloureuses et fréquentes, même la nuit.

Règles : Plus abondantes qu'avant la fausse couche, formées de sang noirâtre et de caillots. Durée : cinq jours. Dernières règles du 23 au 28 mars.

Pertes jaunes, verdâtres, quotidiennes, plus abondantes en cas de fatigue et dans les jours qui précèdent les règles.

Examen après une semaine de repos et de glace sur le ventre.

Signes fonctionnels : Atténuation notable des douleurs abdominales; disparition des brûlures à la miction, diminution des pertes jaunes.

Signes physiques : Col petit, un peu mou, admettant la pulpe d'un doigt.

Corps utérin antéversé, repoussé à droite par une grosse masse kystique gauche, mobile, molle, douloureuse, nettement distincte de l'utérus.

Dans le cul-de-sac latéral droit, petite masse annexielle douloureuse.

Point de Mac Burney sensible.

Diagnostic : Métro-annexite chronique et kyste de l'ovaire gauche.

Opération le 3 mai (Prof. Guyot) : Volumineux kyste mucoïde de l'ovaire gauche. Ablation des annexes gauches.

La trompe droite est saine, mais l'ovaire droit est gros.

L'utérus est petit. L'appendice, malade, est enlevé.

Suites opératoires : Clocher thermique, qui tombe à l'évacuation spontanée d'un volumineux hématome, resté ignoré en raison de l'adiposité marquée de la malade.

Le 6 juin, la plaie est cicatrisée, la malade se lève.

Examen : Mobilisation utérine indolore. Souplesse des culs-de-sac.

Sortie, le 7 juin, guérie.

OBSERVATION II.

Mme A... (P.), 49 ans.

La malade entre à l'Hôpital Boursier, le 11 septembre 1931, pour *métrorragies*.

Antécédents personnels :

Réglée à 11 ans. Règles normales jusqu'en août 1931.

Mariée à 19 ans. Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Histoire de la maladie : depuis quatre ans environ, la malade avait vu son ventre augmenter insensiblement de volume, sans que cela l'ait inquiétée outre mesure. Jamais de douleurs. Règles normales. En juin et juillet 1931, absence de règles. Bouffées de chaleur. Maux d'estomac. Sueurs profuses. En août, les règles apparaissent, sans douleurs, mais se continuent au-delà de leur durée habituelle. Elles augmentent insensiblement. A partir du vingtième jour, jusqu'à la fin (vingt-huitième jour), les hémorragies sont très importantes, avec vertiges, éblouissements, bourdonnements d'oreilles, pâleur, lipothymie. La malade a attendu la fin de ces métrorragies pour se faire hospitaliser.

Examen : Inspection : Pâleur des téguments, décoloration des muqueuses.

Ventre très volumineux, légèrement en obusier, avec ombilic déplié.

Oedème des membres inférieurs.

Palpation : Grosse masse médiane, dont le dôme est à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic et dont l'extrémité inférieure plonge dans le petit bassin, en déviant légèrement à droite.

Percussion : Matité plus étendue dans le flanc droit.

Toucher vaginal : En continuité directe avec le col, masse antérieure, piriforme, qui paraît être l'utérus.

Dans la fosse iliaque droite, on sent une masse lobulée et dure, mobilisable, que l'on suppose être un kyste de l'ovaire.

Opération (Prof. Jean-Louis Faure, Congrès de gynécologie, 20 octobre 1931) : Volumineux kyste mucoïde de l'ovaire droit. Gros utérus, congestionné.

Hystérectomie sub-totale et ovariectomie.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION III.

Mlle L...; 18 ans.

La malade entre à l'Hôpital Boursier, le 15 février 1931, pour métrorragies.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans. D'abord, règles nor-

males pendant quatre à cinq mois, puis très irrégulières et suivies d'importantes métrorragies.

A 13 ans, arrêt des règles de trois mois. Un séjour à la campagne et un traitement reconstituant les font revenir.

A 14 ans, des pertes de sang presque continuelles obligent la malade à garder le lit pendant six mois.

A 15 ans, règles irrégulières, mais plus de métrorragies. Celles-ci réapparaissent vers la seizième année, affaiblissant la malade qui reste alitée deux mois. Par la suite, pendant deux années consécutives, les règles sont normales.

En novembre 1930, arrêt des règles, qui ne réapparaissent que le 25 décembre et sont suivies d'abondantes métrorragies qui durent depuis un mois et demi et amènent la malade à se faire hospitaliser.

Examen : Facies pâle; décoloration des conjonctives. Aucun point douloureux abdominal. La malade ne souffre d'ailleurs qu'au début de ses règles. Les métrorragies ne s'accompagnent d'aucune douleur.

Toucher vaginal. — Col un peu mou, admettant la pulpe du doigt.

Corps en rétroposition, avec latéro-flexion droite légère. La mobilisation est un peu douloureuse. Sensibilité de l'annexe gauche.

Opération le 6 mars : Gros kyste mucoïde de l'ovaire gauche. Ovaire droit normal. Utérus rétroposé. Ovariectomie, puis redressement de l'utérus par un Doleris.

Bonnes suites opératoires.

Exeat le 18 mars 1931.

OBSERVATION IV.

Mme C... (G.), 37 ans.

La malade entre à l'Hôpital André Boursier, le 10 mars 1931, pour une *tumeur abdominale*.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans. Règles normales, durant quatre jours environ.

Mariée à 17 ans. Accouchement normal d'une fille.

Histoire de la maladie : C'est depuis août 1930, à la suite d'un accident d'automobile, que la malade remarqua qu'elle grossissait sans raison, que son corset la serrait. Ses règles étaient cependant normales et elle ne souffrait pas.

En janvier 1931, alors qu'elle vaquait à ses occupations, elle ressentit une vive douleur dans la fosse iliaque droite, qui dura une heure environ et ne disparut que par la station couchée et l'application de compresses chaudes. L'après-midi de cette crise, se croyant enceinte, la malade va consulter le Docteur Bentz qui diagnostique un kyste de l'ovaire droit.

En février, nouvelle crise douloureuse dans la fosse iliaque droite. La malade garde le lit trois semaines. Le Professeur Jeanneney, qui la soigne, a diagnostiqué un kyste de l'ovaire droit et conseillé une intervention chirurgicale.

Examen (le 10 mars) : La malade est assez corpulente, mais elle a constaté, dit-elle, que son corps avait maigri, alors que son ventre avait augmenté de volume, surtout à la suite des deux crises qu'elle a présentées.

Inspection : Ventre un peu asymétrique; flancs étalés; voussure plus marquée à droite.

Palpation : Pas de mobilité de la masse qui remplit les fosses iliaques et remonte presque jusqu'à l'appendice xyphoïde.

Percussion : Tumeur arrondie. Matité à convexité supérieure, plus accentuée dans l'hypocondre droit que dans le gauche.

Toucher vaginal : Col élevé, à bout de doigt. Utérus non perceptible.

Opération le 10 mars (Prof. Guyot) : Gros kyste de l'ovaire droit remplissant tout le ventre. Ovariectomie.

[Le kyste, de nature mucoïde, pesait 14 kilos et renfermait 11 kilos d'un liquide sirupeux, marron jaunâtre.]

Bonnes suites opératoires.

Guérison et exeat le 20 avril 1931.

OBSERVATION V.

Mme P..., 37 ans.

La malade ayant consulté le Docteur Chassaigne, pour des *troubles gastriques*, celui-ci, au cours de son examen, découvre dans la partie gauche de l'abdomen une petite masse mobile perceptible par le toucher dans le cul-de-sac gauche, indépendante de l'utérus, qu'il diagnostique « kyste de l'ovaire ». Cependant, la malade n'a accusé aucun trouble fonctionnel, sauf des douleurs des règles depuis cinq à six mois.

La malade rentre à l'Hôpital Boursier, le 2 juin 1929. M. le Professeur Guyot confirme le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche.

Opération le 6 juin : Kyste mucoïde de l'ovaire gauche, uniloculaire, à parois transparentes, sans adhérences, pédiculisé.

Ovariectomie.

Suites compliquées d'une phlébite du membre inférieur gauche et d'une petite embolie pulmonaire à droite.

Exeat le 23 août 1930. Guérison.

OBSERVATION VI.

Mme D... (J.), 35 ans, couturière.

Entre à l'Hôpital André Boursier, le 28 mai 1929.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans. Règles régulières, durant trois jours.

Mariée à 30 ans. Deux grossesses, à 32 et 34 ans.

Chez cette malade, le kyste de l'ovaire fut confondu dans les premiers mois avec une grossesse, en raison du développement rapide de la tumeur et du ramollissement du col. Cependant les règles persistaient, et à ce moment la malade souffrait du bas-ventre, surtout à droite.

En avril, au cinquième mois de la grossesse supposée, la malade va consulter M. le Professeur Andérodias, qui infirme ce diagnostic, fait pratiquer des radiographies, qui sont négatives, et dirige la malade sur le service de gynécologie.

Examen le 28 mai : Au toucher, masse fluctuante, volumineuse, indépendante de l'utérus, dans le cul-de-sac latéral droit.

Opération le 4 juin : Kyste mucoïde de l'ovaire droit, à deux loges, l'une énorme, l'autre petite.

Ponction au trocard de Kéberlé : 2 litres de liquide brunâtre.

Ovariectomie droite.

Suites opératoires : Etat infectieux. Le 6 juin, abcès de fixation.

Exeat le 27 juin. Guérison.

OBSERVATION VII.

Mme R... (M.), 28 ans.

La malade entre à l'Hôpital André-Boursier, le 25 mars 1932, pour *crise douloureuse à droite*.

Le 18 mars, elle ressentit brusquement, dans la rue, de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Elle a éprouvé des frissons et présenté des nausées, qui se sont fréquemment répétées depuis. Depuis trois mois déjà, la malade qui présentait depuis longtemps d'abondantes pertes jaunes, souffrait du bas-ventre, éprouvait une sensation de pesanteur qui ne disparaissait que par le repos au lit. Les mictions sont fréquentes et douloureuses; les règles normales. Les dernières se sont produites du 7 au 10 mars.

Examen le 25 mars 1932 : A la palpation, le ventre est souple. Le point de Mac Burney est douloureux; le cæcum est gargouillant.

Au toucher, col déchiré, regardant en avant.

Corps utérin en rétroversion, fixé dans le Douglas, gros, très douloureux à la pression, peu mobile.

Cul-de-sac antérieur libre, mais douloureux.

Culs-de-sac latéraux empâtés. Annexes douloureuses.

Le Professeur Guyot conclut à une métrite-annexite subaiguë avec pelvi-péritonite; mais le traitement médical institué n'ayant pas amené d'amélioration notable, il décide, deux semaines plus tard, une intervention opératoire.

Opération le 12 avril : On trouve, dès l'ouverture du ventre, un

utérus flanqué d'un gros ovaire droit kystique, de la variété mucoïde.

Ovariectomie.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION VIII.

Mme P., (A.), 38 ans. Cultivatrice.

La malade entre à l'Hôpital André-Boursier, le 25 novembre 1932, pour des *métrorragies*.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans. Depuis, règles normales. Mariée à 23 ans. Quatre enfants bien portants. Pas de fausse couche.

Histoire de la maladie : En février 1932, apparition, en dehors des règles, de pertes de sang rouge vermeil, avec sensation de pesant dans la fosse iliaque droite. Ces phénomènes durent trois à quatre jours, cessent quatre à cinq jours, puis reparaissent. Les règles apparaissent à l'époque attendue et sont normales. L'état général de la malade n'est guère altéré.

Examen le 25 novembre : Col déchiré, métritique.

Corps utérin globuleux, légèrement dévié à gauche, mobile.

Le cul-de-sac latéral droit est occupé par une masse distincte de l'utérus, mobile, tendue, rénitente, indolore, qui remonte dans la fosse iliaque droite.

Opération le 6 décembre. (Prof. Guyot) : Gros utérus sans noyau fibromateux apparent, ni palpable.

Occupant les culs-de-sac postérieur et droit et s'étendant dans la fosse iliaque droite, on trouve un volumineux kyste mucoïde de l'ovaire droit.

Ovariectomie.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION IX.

Mme C... (M.), 54 ans.

Entre, le 10 juillet 1933, à l'Hôpital André-Boursier pour des *ménorragies*.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans. Depuis, règles de parfaite régularité, d'une durée de trois jours.

Mariée à 24 ans. Quatre enfants en bonne santé. Pas de fausse couche.

Histoire de la maladie : Les ménorragies sont apparues il y a un an environ.

Les règles durent sept à huit jours, très abondantes, de sang rouge, avec caillots. Au bout de quelques mois, les ménorragies augmentent de durée : dix-huit à vingt jours. Il y a quatre mois, apparition de pertes jaunes. Parfois hydorrhée.

Opération le 24 juillet (Prof. Guyot) : Utérus fibromateux et kyste mucoïde de l'ovaire gauche, gros comme une mandarine.

Hystérectomie subtotale. Ovariectomie.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION X.

Mme G... (A.), 31 ans.

Hospitalisée d'urgence à l'Hôpital Boursier, le 16 février 1931, pour *crise douloureuse abdominale*.

Examen : Douleur nette localisée au point de Mac Burney.

Toucher vaginal : Utérus peu gros, à mobilité limitée dans le sens antéro-postérieur.

Cul-de-sac droit très douloureux.

Opération : Kyste mucoïde de l'ovaire droit, avec trompe saine. L'ovaire gauche paraît sain.

Opération conservatrice, résection du kyste avec ablation de la poche, suivie de suture, après résection partielle de l'ovaire.

L'appendice, très congestionné, est enlevé.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION XI.

Mme F..., 26 ans.

La malade entre, le 15 mai 1930, à l'Hôpital André-Boursier pour une *tumeur de l'abdomen*, récemment découverte à la suite d'une crise douloureuse.

Examen : Tumeur abdominale médiane, du volume d'une tête d'adulte, régulière, dure, mate, mobile, indolore.

Toucher vaginal : Utérus couché en arrière et à gauche. Sa mobilisation n'entraîne pas la tumeur.

Pas d'ascite.

Opération le 20 mai : Volumineux kyste mucoïde de l'ovaire droit. Ovariectomie.

Suites opératoires : Le troisième jour, poussée infectieuse (frisson, température à 40°). Abscess de fixation.

Exeat, guérie, le 13 juin.

OBSERVATION XII.

Mme D..., 35 ans. Couturière.

Malade hospitalisée d'urgence, le 20 avril 1930, à l'Hôpital André-Boursier, pour crise *douloureuse abdominale aiguë*.

Histoire de la maladie : Depuis dix-huit mois environ, la malade éprouvait, aux périodes menstruelles, des crises douloureuses, mais continuait néanmoins ses occupations. Abondance plus marquée des règles depuis quatre mois.

Opération : Kyste mucoïde de l'ovaire droit et appendice congestionné.

Ovariectomie. Appendicectomie.

Suites normales.

Exeat, le 16 juin, guérie.

OBSERVATION XIII.

Mme S... (C.), 54 ans.

La malade consulte M. le Professeur Jeanneney, le 15 octobre 1934, pour une tumeur abdominale.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans. Règles abondantes, durant quatre à cinq jours. Pertes blanches. Mariée à 21 ans. Deux grossesses normales. Ménopause à 43 ans, avec quelques malaises.

Histoire de la maladie : Depuis quatre ans environ, le ventre a grossi et la malade redoute un fibrome utérin.

Quelques malaises : dyspnée, vertiges, crampes, diminution des forces, changement du caractère (irritabilité, tristesse).

Examen : Adipose abdominale. Léger œdème. Tumeur perceptible dans la fosse iliaque droite, régulière, molle, fluctuante, et qu'on sent dans le cul-de-sac vaginal droit.

Opération le 24 octobre (M. le Prof. Jeanneney) : Kyste mucoïde de l'ovaire droit.

Ovariectomie.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION XIV.

Mme C..., 50 ans.

La malade consulte M. le Professeur Jeanneney, le 10 avril 1933, pour une tumeur abdominale.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans. Règles abondantes, durant six jours.

Mariée à 23 ans. Une grossesse normale.

Ménopausée à 48 ans.

Histoire de la maladie : La malade s'inquiète, car son ventre a anormalement grossi depuis un an et demi.

Examen : Ventre volumineux, asymétrique, plus saillant dans le flanc gauche.

On sent une masse volumineuse, ovalaire, régulière, de consistance pâteuse, non douloureuse, mate à la percussion, avec une limite supérieure convexe vers le haut.

Toucher vaginal : Culs-de-sac gauche et antérieur comblés par une masse pâteuse, dépressible et indolore.

Opération le 24 avril (Prof. Jeanneney) : Volumineux kyste mucoïde de l'ovaire gauche (17 kilos).

Ovariectomie gauche.

Bonnes suites opératoires.

2° KYSTES DERMOIDES DE L'OVAIRE

Ce sont des tumeurs tridermiques ou tridermomes (Max Wilms). Leur volume est généralement petit. On les observe surtout chez les femmes jeunes, de 20 à 30 ans.

Alors que la statistique d'Olshausen ne comporte que 80 kystes dermoïdes pour 2.272 kystes de l'ovaire, soit 3 p. 100, nous en avons rencontré 10 cas sur 37 observations, soit 27 p. 100.

A quoi attribuer cette fréquence plus grande des kystes dermoïdes que l'on opère actuellement ? Dans le domaine médical, la question des tumeurs est sans doute une de celles qui, de nos jours, a le plus envahi le public. Les femmes en sont plus averties. La hantise de tumeurs imaginaires ne va-t-elle pas jusqu'à créer chez certaines, fort heureusement assez rares, de véritables psycho-névroses d'angoisse. Il semble qu'actuellement les malades viennent consulter plus tôt le médecin pour des troubles fonctionnels assez minimes, en l'absence de complications ou de tumeur manifeste. Et c'est ainsi qu'après un examen minutieux, un kyste dermoïde de l'ovaire pourra être diagnostiqué précocement. La malade sera bien avisée de se confier au chirurgien pour qu'il en fasse l'ablation le plus tôt possible.

Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont assez souvent bilatéraux : 20 p. 100 des cas (Pauly), 13 p. 100 (Sneguireff). Nous avons relevé 2 cas de bilatéralité sur 10 observations, soit 20 p. 100.

Les kystes dermoïdes siègent plus fréquemment à droite qu'à gauche (Labadie-Lagrave), mais bien plus souvent encore dans l'excavation vésico-utérine (Kelly).

Les kystes dermoïdes ont une paroi épaisse, ayant la struc-

ture de la peau. Sur un épaissement de la paroi : la papille, où, à l'intérieur du kyste, on peut rencontrer des productions diverses d'ordre épidermique (ongles, dents, tissu nerveux, substance cérébrale), d'origine mésodermique (fibres musculaires lisses et striées, fragments osseux, cartilagineux), de nature endodermique (muqueuse trachéo-bronchique, tissu thyroïdien, goitre colloïde de l'ovaire, etc.). Enfin, de véritables organes : rudiments d'œil, de langue, voire même des fœtus en miniature. Tout cela est noyé dans une matière sébacée épaisse. Aussi le kyste dermoïde est-il très consistant et d'une très grande densité.

Cette structure spéciale du kyste dermoïde favorise, comme nous le verrons plus tard, un certain nombre de complications.

OBSERVATION XV.

Mme D..., 28 ans.

La malade entre à l'Hôpital Boursier, le 29 juillet 1930, pour disparition de ses règles depuis dix mois.

Antécédents personnels : Réglée à 11 ans. Règles normales jusqu'à 18 ans. A cet âge, broncho-pneumonie. A 23 ans, pleurésie, puis phlébite à 24 ans. Elle est restée alitée pendant deux ans environ presque sans interruption, et ses règles ont cessé complètement. Elles ont repris dès son rétablissement, mais ont été irrégulières et de courte durée. Actuellement, la malade ne souffre pas, mais elle a d'abondantes pertes blanches et ses règles ont cessé depuis dix mois, malgré une opothérapie ovarienne.

Examen : Malade assez adipeuse.

Col en position normale. Corps utérin rétroversé. Annexes perceptibles, sensibles, surtout à gauche, et prolabées dans le Douglas.

Opération le 8 août : Utérus en rétroversion.

Kyste dermoïde, gros comme une noix, de l'ovaire gauche.

Ovariectomie gauche. Hystéropexie isthmique. Résection cunéiforme de l'ovaire droit, scléro-kystique.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION XVI.

Mme L... (M.), 30 ans.

La malade entre à l'Hôpital Boursier, le 18 mai 1930, pour douleurs abdominales.

Antécédents personnels : Réglée à 11 ans. Règles normales, duran-
tant quatre à cinq jours. Deux grossesses normales, à 18 et 20 ans.

A 21 ans, fausse couche de 4 mois, suivie de péritonite, traitée
par de la glace sur le ventre.

Histoire de la maladie : Il y a un an, les règles sont devenues
plus abondantes que de coutume et se sont accompagnées de ma-
laises : pesanteur dans le bas-ventre, avec irradiations doulou-
reuses dans les cuisses. Crises de rétention d'urine et de consti-
pation.

Etat stationnaire jusque il y a une semaine. Le 12 mars, la
malade a été prise de violentes douleurs dans le bas-ventre, avec
irradiation dans les lombes. Rétention d'urine et constipation. Les
douleurs empêchaient tout repos, rendaient impossible la station
debout et ne s'atténuaient que dans le décubitus dorsal.

Examen le 18 mars : Ventre énorme. Circulation collatérale.

A la palpation, on sent sous la paroi adipeuse une masse qui,
partant du petit bassin, remonte à quatre ou cinq travers de doigt
au-dessus de l'ombilic. Régulière, sauf sur le côté gauche, où il y
a un gros noyau. Consistance uniformément dure. Mobilité. Dou-
leur à la pression.

Toucher vaginal : Doigt vite arrêté par une masse énorme qui
remplit tous les culs-de-sac. Col derrière la symphyse pubienne.
La grosse masse fait corps avec l'utérus. Elle est dure, peu dou-
loureuse au toucher.

Opération le 4 avril (M. le Prof. Guyot) : Gros fibrome et deux
kystes de l'ovaire, inclus dans le ligament large : celui de droite,
du volume d'un œuf de poule; celui de gauche, du volume d'un
œuf d'autruche; et tous deux reconnus dermoïdes à l'examen
anatomo-pathologique.

Hystérectomie subtotale. Ovariectomie.

5 avril : Malade choquée. Pouls à 120. Température : 39 degrés.

6 avril : Etat alarmant. Ventre ballonné. Pouls incomptable, facies grippé.

7 avril : Décès.

OBSERVATION XVII.

Mme F... (M.), 28 ans.

La malade consulte M. le Professeur Jeanneney, le 30 avril 1932, pour des douleurs abdominales.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans. Règles abondantes durant six à sept jours.

Mariée à 21 ans. Pas de grossesse ni de fausse couche.

Histoire de la maladie : Début il y a deux ans. Oligoménorrhée. Vomissements. Dégoût pour les viandes. Digestions pénibles. Dyspnée. Palpitations. Vertiges.

Examen : On trouve, au toucher, des masses remplissant les culs-de-sac latéraux, plus volumineuses à droite, consistantes, mobiles, indolores.

Opération le 3 mai 1932 : Ovariectomie bilatérale.

Examen anatomo-pathologique de M. le Professeur Sabrazès : Maladie polykystique de l'appareil ovarien :

a) Kystes dermoïdes des deux ovaires;

b) Volumineux kyste du parovaire droit (6 litres de liquide eau de roche);

c) Kyste dermoïde aberrant.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION XVIII.

Mme M... (B.), 22 ans.

La malade consulte M. le Professeur Jeanneney pour des douleurs abdominales.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans. Règles abondantes. Durée : trois jours.

Depuis un mois, anorexie, constipation, nausées. Amaigrissement, fatigue.

Douleur dans la fosse iliaque droite.

Examen : Toucher vaginal : Petite masse ovoïde, consistante, mobile, douloureuse, dans le cul-de-sac latéral droit.

Opération le 21 décembre 1934 : Petit kyste dermoïde de l'ovaire droit.

Ovariectomie.

Bonnes suites opératoires.

3° KYSTES DU PAROVAIRE

Ils se développent aux dépens de vestiges embryonnaires (corps de Wolff) qui persistent dans le ligament large. « Kystes hyalins du ligament large. » C'est Velpeau qui en fit le premier l'étude, en 1825. Leur fréquence, d'après Olshausen, est de 2 p. 100. Sur 37 kystes, nous en avons noté 5 du parovaire, soit 14 p. 100. Ils s'observent chez des femmes jeunes, de 20 à 35 ans. Leur volume est généralement assez faible. Rarement ils dépassent la grosseur d'un melon.

Il faut reviser la notion classique, qui fait de la majorité des kystes du parovaire des kystes inclus du ligament large. Au IV^e Congrès de l'Association des Gynécologues de langue française, le Professeur Bégouin, dans sa statistique intégrale de 26 cas, donne 17 kystes pédiculés contre 9 inclus.

Remarquons toutefois que le kyste, en étirant les feuillets du ligament large, auxquels simplement le rattache un tissu conjonctif très lâche, demeure quand même inclus anatomiquement, s'il ne l'est plus chirurgicalement.

Les kystes du parovaire sont transparents, hyalins, de forme arrondie et régulière. Leur paroi est mince, composée d'une couche externe, conjonctive, et interne, épithéliale.

Ils contiennent un liquide eau de roche, non visqueux, sans paralbumine, très riche en NaCl (46 g. par litre).

Par suite du faible volume de la tumeur, les phénomènes de compression sont minimes et l'état général est satisfaisant.

La tumeur fait surtout saillie dans un des flancs. Elle est régulière, arrondie, mate, molle et peu tendue, et très fluctuante.

L'utérus est déjeté latéralement, et souvent soulevé par le kyste.

Le développement des kystes du parovaire est lent et compatible avec une santé parfaite. Il est souvent hâté à l'occasion d'une grossesse, qui les révèle. C'est exceptionnellement qu'ils se compliquent de suppuration, d'hémorragies. La rupture intrapéritonéale, loin d'être grave, peut même être suivie de guérison définitive du kyste. Par contre, la torsion nécessite une intervention chirurgicale.

La gravité des kystes du parovaire est donc moindre que celle des kystes de l'ovaire.

OBSERVATION XIX.

Mme Y... (M.).

La malade entre à l'Hôpital, le 18 avril 1933, sur les conseils de son médecin, le Docteur Vigouroux, qui soupçonne chez elle une tumeur abdominale.

Antécédents personnels : Régée à 14 ans. Règles autrefois abondantes, régulières; depuis quelques années, douloureuses, peu abondantes, irrégulières. Faiblesse de l'état général. Sueurs nocturnes.

Histoire de la maladie : Il y a deux ans, la malade constate une rapide augmentation de son poids et se met à souffrir de l'estomac. Douleur nettement épigastrique, sans nausées, à prédominance nocturne, mais sans horaire précis. La durée de ces crises est d'une heure environ. Les périodes de crises sont séparées par des intervalles libres d'une semaine environ.

Il y a une semaine, crises beaucoup plus violentes. Perte d'appétit complète.

Au point de vue génital, règles inégales en durée (de deux à cinq jours), et survenant tous les vingt jours depuis six mois. Terrain nerveux important; instabilité du caractère. Accès dépressifs.

Examen : Abdomen augmenté de volume, en obusier, tendu, sans déplissement de l'ombilic ni circulation collatérale. Léger oedème des membres inférieurs.

Palpation : Sensation de rénitence dans la région péri-ombilicale. Pas de points douloureux.

Percussion : Matité péri-ombilicale, à convexité supérieure; sonorité dans les flancs.

Toucher vaginal : Col refoulé en avant, un peu mou, entrouvert. Manque de souplesse des culs-de-sac. Le gauche est occupé par une masse volumineuse, molle, indolore, isolée de l'utérus, qui est en rétroversion.

Opération le 2 mai : *Kyste du parovaire*, inséré dans la fosse iliaque gauche. Par la ponction au trocart de Kéberlé, on retire 4 litres de liquide eau de roche. L'utérus paraît normal, ainsi que la trompe et l'ovaire droits.

Résection de la poche kystique et ovariectomie gauche.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION XX.

Mme A... (M.), 35 ans.

La malade entre à l'Hôpital Boursier en juin 1932, car elle présente une tumeur abdominale.

Histoire de la maladie. — C'est depuis six mois que la malade s'est aperçue d'une augmentation de volume, d'une tension anormale de son ventre.

Examen : Ventre en obusier, avec ombilic déplié.

Palpation : Masse molle, fluctuante.

Percussion : Matité centrale. Sonorité dans les fosses iliaques.

Toucher vaginal : Col abaissé.

Utérus de volume normal, antéfléchi.

Culs-de-sac légèrement refoulés par l'énorme tumeur.

Opération : Volumineux *kyste du parovaire gauche*, qu'on ponctionne (liquide eau de roche) et qu'on extirpe.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION XXI.

Mme D... (L.), 47 ans.

La malade entre à l'Hôpital Boursier, le 17 juillet 1929, pour tumeur abdominale.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans. Règles irrégulières et douloureuses.

Mariée à 29 ans. A 30 ans, fausse couche de 4 mois. A 31 ans, grossesse normale. A 33 ans, fièvre typhoïde.

Histoire de la maladie : Il y a un an environ, la malade s'aperçut que son ventre augmentait anormalement de volume.

Il y a dix mois, elle se mit à souffrir du ventre : sensation de brûlure, surtout marquée dans la fosse iliaque gauche, qui persista et devint si intense qu'au bout de cinq mois la malade dut interrompre son travail. Depuis lors, la douleur a légèrement rétrocedé. Elle réapparaît quand la malade se lève.

Examen : Dans le cul-de-sac latéral gauche, masse volumineuse, molle, fluctuante, difficilement mobilisable et douloureuse.

Opération le 30 juillet (M. le Professeur Guyot) : *Kyste du parovaire gauche*, inclus dans le ligament large, très adhérent et descendant derrière l'utérus jusqu'au plancher pelvien.

Hystérectomie subtotale. Opération très laborieuse en raison des adhérences du kyste et de son inclusion.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION XXII.

Mme S..., 31 ans.

Malade souffrant depuis plusieurs années du côté droit de l'abdomen, ayant des règles très douloureuses; opérée par M. le Professeur Jeanneney, le 20 janvier 1935, qui trouva trois petits kystes du parovaire droit. L'ovaire droit était gros, mais d'apparence saine.

Ablation des kystes.

Bonnes suites opératoires.

4° KYSTES MIXTES OU MUCO-DERMOÏDES

Ils ont été signalés par Lebert en 1852, étudiés par Poupinel en 1888.

Il y a généralement dans la tumeur juxtaposition de poches multiples : les unes, dermoïdes, renfermant de la matière sébacée, des poils, etc., et revêtues d'épiderme; les autres, mucoïdes, et revêtues d'épithélium cylindrique ou caliciforme. Quelquefois, dans une même vésicule, voisinent des zones à structure dermoïde et des zones à structure mucoïde. Mais il ne faut voir là qu'une simple juxtaposition et nullement la possibilité de transformation de l'une des formes anatomo-pathologiques dans l'autre. Il n'existe pas de forme de transition. L'origine est d'ailleurs différente. Les zones dermoïdes dérivent de l'ectoderme; les plages mucoïdes ont pour origine des restes embryonnaires d'ordre endodermique.

Les travées fibreuses interposées aux diverses poches sont généralement formées de tissu conjonctif jeune, parfois embryonnaire. Ça et là, on peut y rencontrer des tissus multiples dérivés des feuilletts blastodermiques : plages de tissu cartilagineux, osseux...

Ces kystes muco-dermoïdes sont assez rares. Ils ne présentent pas de particularité clinique et leur diagnostic se fait à l'examen anatomo-pathologique.

II

KYSTES COMPLIQUÉS

1° TORSION DU PEDICULE DES KYSTES DE L'OVAIRE

Le Professeur Estor a donné de la torsion du pédicule de l'ovaire la définition suivante : « Elle est caractérisée, au point de vue anatomo-pathologique, par la torsion en spirale du pédicule du kyste, torsion qui détermine secondairement des phénomènes de congestion passive et d'asphyxie locale intéressant le kyste lui-même et détruisant son parenchyme; au point de vue clinique, par des symptômes de collapsus résultant des hémorragies intrakystiques ainsi que de l'intensité de la douleur, collapsus bientôt suivi de réaction péritonéale (péritonisme ou péritonite). »

La première description anatomique a été faite en 1841 par Robitanski.

Ce fut Lawson Tait qui fit le premier le diagnostic clinique de torsion pédiculaire du kyste de l'ovaire.

La torsion du pédicule est la complication de beaucoup la plus fréquente. Toutefois, les statistiques anciennes [de Thorn, 35 p. 100; Gelpke, 30 p. 100; Phannenstiel, 25 p. 100; Freund, 37 p. 100; Robitansky, 14 p. 100] comportent des pourcentages beaucoup plus élevés que les récentes :

Olshausen, 8 p. 100; Terrillon, 6 p. 100; Forgue, 9 p. 100. Personnellement, nous avons relevé 6 cas de torsion sur 42 observations de kystes, soit 7 p. 100.

C'est qu'actuellement on intervient chirurgicalement sur le kyste, par ovariectomie, beaucoup plus précocement, bien souvent avant qu'un accident ait eu le temps de survenir.

Les kystes dermoïdes sont plus spécialement sujets à la

torsion (4 kystes dermoïdes sur 6 cas de torsion). C'est que ce sont des tumeurs massives, très denses, de moyen volume, pesant lourdement sur le pédicule d'attache, généralement long et souple.

La torsion s'observe plus fréquemment :

Chez les femmes, dont la paroi abdominale a perdu sa tonicité musculaire (obèses, multipares);

Chez les femmes enceintes (surtout dans la première moitié de la grossesse);

Chez les accouchées, pendant la période puerpérale.

Enfin, il est des cas de torsion aiguë déclenchée par un traumatisme, un changement brusque d'attitude du corps, une palpation diagnostique de la tumeur, etc.

Voituriez distingue trois degrés dans la torsion du pédicule :

Premier degré. — Torsion simple du pédicule sans ischémie; aucun symptôme appréciable.

Deuxième degré. — Torsion avec ischémie (plusieurs tours de spire). Apparition de symptômes inquiétants. Au point de vue anatomique, il se produit une stase veineuse avec infarctus hémorragiques, zone d'œdème et plaques de sphacèle dans le kyste. C'est un véritable étranglement du pédicule.

Troisième degré. — Rupture du pédicule. Séparation du kyste, qui peut se greffer sur un organe voisin et continuer à vivre ou bien s'atrophier. Mais souvent on observe une hémorragie suivie d'une septicémie mortelle.

SYMPTOMATOLOGIE.

Torsion brusque. — Subitement, douleur intense, localisée d'abord au niveau de la tumeur, puis s'irradiant dans la région lombaire du même côté, la cuisse, et se généralisant à tout l'abdomen. En même temps, le poulx devient petit, la face pâle; il y a de la dyspnée, une tendance syncopale. Des vomissements peuvent apparaître; plus tard, il peut y avoir du météorisme abdominal, avec arrêt des matières et

des gaz. Dans les cas graves, il peut y avoir collapsus, mort. Généralement, la torsion pédiculaire s'accompagne de métorragies. On constate une augmentation de volume et de tension du kyste due à la gêne circulatoire. Mouis a signalé un « souffle systolique intense au niveau du pédicule du kyste et une ondulation en masse de la tumeur, synchrone de la pulsation artérielle ».

Si la gêne circulatoire persiste ou s'aggrave, le kyste risque de se gangréner.

Bien souvent, on note une fièvre de résorption. La température monte à 38-39 degrés; le pouls à 100-110. La paroi abdominale présente une contraction de défense nette.

On conçoit que le diagnostic de la torsion est assez délicat à faire. Comme dit Jean-Louis Faure : « Il faut y penser. » Et Forgue : « La torsion du pédicule est la complication qui donne le plus souvent lieu à des erreurs de diagnostic chez une malade qui porte un kyste de l'ovaire insoupçonné et latent; on pense à une péritonite aiguë, une occlusion intestinale (vomissements, météorisme, arrêt des gaz), à une appendicite (douleur ayant son maximum dans la fosse iliaque droite, au Mac Burney), à une hernie étranglée, à une rupture de grossesse extra-utérine (tendance syncopale). »

Et cependant, le diagnostic a une extrême importance, car une fois établi l'intervention chirurgicale s'impose sans retard. Elle met à l'abri des complications aggravantes : hémorragies intrapéritonéales, rupture, suppuration ou sphacèle du kyste, et permet d'obtenir une guérison radicale.

Torsion lente. — Revêt la forme de poussées douloureuses de péritonite chronique.

Après une attaque de torsion, les douleurs et la réaction péritonéale se calment en un laps de temps variant de un à quinze jours. La malade peut reprendre ses occupations, mais elle conserve cependant une sensation de tension, de pesanteur dans la partie de l'abdomen où a eu lieu la première crise. La torsion a amené aussi un accroissement de volume du kyste et on peut constater, à l'examen, une augmentation

de volume du ventre. La durée de l'intervalle, de refroidissement, est variable. Les crises peuvent réapparaître à chaque période menstruelle ou à des intervalles de plusieurs mois.

L'intensité des crises est très variable. Quelquefois, après une première crise très douloureuse, surviennent des crises moins fortes, sans toutefois amener une amélioration de l'état général de la malade. Ou bien, après une première crise, en surviennent d'autres de plus en plus violentes et rapprochées, pouvant aboutir à de vives réactions péritonéales, à la mort même.

Il est donc sage d'opérer, sans délai, la torsion pédiculaire.

OBSERVATION XXIII.

Mme A... (F.).

La malade, enceinte de 2 mois, s'est présentée, le 5 juillet 1934, à la consultation obstétricale de l'Hôpital Boursier.

M. le Professeur Andérodias, ayant diagnostiqué un kyste de l'ovaire gauche, la dirigea sur le Service de gynécologie.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans. Règles normales, durant quatre jours.

Il y a trois ans, à la suite d'un accouchement, la malade a fait de l'endométrite.

Dernières règles, il y a deux mois, du 6 au 10 mai. Le 20 juin, dans l'après-midi, la malade a ressenti dans le flanc gauche une douleur vive, syncopale, avec sensation de tiraillement, de torsion. Elle a dû aussitôt s'aliter, mais les douleurs, qui se sont estompées progressivement, n'ont disparu qu'au bout de trois heures, faisant place à une sensation de pesanteur dans la région lombaire. Cette crise ne s'est accompagnée d'aucune perte de sang.

Examen (M. le Professeur Guyot) : Dans la fosse iliaque gauche, tumeur indolore et mobile.

Toucher vaginal : Col abaissé et refoulé en avant.

Le Douglas est occupé par une masse molle, se continuant directement avec le col, qui ne peut être que l'utérus rétroversé.

Dans les culs-de-sac latéral gauche et antérieur, on trouve une

masse du volume du poing, régulière, rénitente, mobile et indépendante de l'utérus.

Le *diagnostic* porté est celui d'utérus gravide rétroversé, avec kysté de l'ovaire gauche ayant probablement fait une ébauche de torsion.

Le 9 juillet, la rétroversion utérine s'est réduite spontanément et on trouve dans le cul-de-sac latéral gauche et dans la région hypogastrique, en avant de l'utérus, le kyste, d'ailleurs assez difficile à isoler. La malade est mise au repos. Petit lavement laudanisé quotidien.

Opération le 13 juillet : *Kyste dermoïde de l'ovaire gauche*, du volume d'une orange, et présentant un début de torsion (demi-tour de spire) au niveau de son pédicule utérin.

Ovariectomie.

Bonnes suites opératoires. Administration de morphine pendant trois jours. Pas de menace d'avortement.

La malade quitte le Service le 11 août.

OBSERVATION XXIV.

Mme D... (R.), 21 ans.

Entre à l'Hôpital Boursier, le 25 décembre, pour *douleurs abdominales*.

Antécédents personnels : Régée à 11 ans. Règles normales, durant trois à quatre jours.

Les dernières règles, du 11 au 15 décembre, ont été moins abondantes et douloureuses.

Histoire de la maladie : Le 16 décembre, la malade fut prise brusquement de douleurs dans le bas-ventre, prédominant dans la fosse iliaque droite, à caractère de torsion. Ces douleurs sont accompagnées de nausées, de petits frissons. Température : 38°5.

Le Docteur Audoy, de Saint-Estèphe, ordonna la glace sur le ventre, qui ne fut pas supportée, mit la malade à la diète, et lui fit prendre des lavements laudanisés. Tout semblait rentré dans l'ordre lorsque, le 23 décembre, après le repas, les douleurs et les vomissements reprennent, comme dans la crise précédente. La

douleur a, cette fois, un siège plus élevé, à foyer maximum, au Mac Burney.

Examen : La palpation ne réveille pas de douleur au point de Mac Burney, mais la malade accuse une sensibilité de l'annexe droite.

Toucher vaginal : Col normal. Dans le cul-de-sac antérieur, on trouve une masse rénitente, ferme, du volume d'une orange, que l'on pense être un kyste de l'ovaire.

Une réaction de Brouha négative fait éliminer le diagnostic de grossesse.

Opération le 13 janvier : *Kyste dermoïde de l'ovaire droit*, présentant un *pédicule tordu* à deux tours de spire.

Appendice congestionné.

Ovariectomie et appendicectomie.

Bonnes suites opératoires.

Retour des règles le 19 janvier.

Exeat le 3 février.

OBSERVATION XXV.

Mme P..., 48 ans.

Hospitalisée d'urgence à Boursier, le 24 juillet 1934.

Elle éprouvait depuis quelques jours une sensation de pesanteur dans la fosse iliaque droite.

Brusquement, le 4 août, dans la matinée, la malade ressent dans la fosse iliaque droite une douleur violente, qui s'irradie à la région lombaire et à la cuisse, du même côté, et se généralise finalement à tout l'abdomen. La malade présente des vomissements, de la dyspnée, une tendance lipothymique. Température : 38°4.

Antécédents : En janvier 1934, ménorragie de dix-sept jours, très abondante, avec caillots, sans douleur.

Depuis, les règles ont présenté une abondance et une durée inaccoutumées (dix-douze jours).

Opération (Dr Villar) : *Kyste dermoïde à pédicule tordu* (deux tours de spire).

Ovariectomie.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION XXVI.

Mme C... (M.), 46 ans.

Hospitalisée le 17 juillet 1930.

Histoire de la maladie : Début remontant à douze ans environ. Crises douloureuses dans tout le ventre, irradiant dans les cuisses et les reins, donnant une sensation de « torsion » et survenant au moment où la malade attend ses règles. Elles durent une heure ou deux, obligeant la malade à s'aliter, et cessent dès l'apparition des règles.

En novembre 1927, crise beaucoup plus forte, ayant le même caractère de torsion, mais durant quatre à cinq jours, avec fièvre et vomissements. Depuis cette époque, irrégularité des règles.

En 1929, nouvelles crises avec fièvre, vomissements.

Depuis, plus de crises, mais la malade n'est plus réglée.

Depuis six mois, augmentation de volume du ventre.

Examen : *Toucher vaginal* : Gros col, regardant en arrière, à orifice béant, déchiqueté. Corps utérin gros et dur, présentant sur son côté gauche, mais séparée par un sillon, une grosse masse tendue, rénitente, mobilisable.

Opération le 25 juillet : *Kyste mucoïde de l'ovaire gauche* ayant contracté des adhérences, mais le pédicule conserve une légère torsion.

Ovariectomie.

Bonnes suites opératoires.

Torsion des kystes du parovaire.

La première observation est due à Lawson Tait (1897).

Fréquence. — La notion classique de la très grande rareté de torsion des kystes du parovaire doit être révisée.

Au IV^e Congrès de l'Association des gynécologues de langue française, le Professeur Bégouin rapporta 26 cas de kystes du parovaire opérés par lui : 3 étaient compliqués de torsion, soit 11,8 p. 100. Aubert (au même Congrès) signale 2 torsions sur 20 cas, soit 10 p. 100.

Cette complication se produit chez des malades jeunes, les kystes du parovaire se développant surtout à la période d'activité génitale : sur 30 observations, 26 cas chez des malades entre 25 et 30 ans (d'après Rioms). La torsion peut survenir à la suite d'un traumatisme, d'un mouvement brusque ; la grossesse est une cause favorisante. Mais bien souvent on ne trouve pas de cause apparente.

Contrairement à la notion classique, qui fait de la majorité des kystes du parovaire des kystes inclus du ligament large, il faut admettre que, très fréquemment, les kystes du parovaire sont pédiculés.

La statistique intégrale du Professeur Bégouin donne, sur 26 cas : 17 kystes pédiculés, 9 kystes inclus.

Les kystes tordus du parovaire sont toujours de volume assez considérable (grosse orange, melon), alors que ce sont les petits kystes qui restent inclus.

Dans un grand nombre de cas (76 sur 127 observations de Tillier), la torsion ne détermine aucune lésion hémorragique au niveau du kyste du parovaire, la circulation du pédicule étant protégée par la largeur de ce dernier et par la présence de la trompe (Bouilly). Aussi, la torsion du kyste du parovaire peut-elle être souvent absolument latente, ne donnant lieu à aucune réaction péritonéale. D'autres fois, les signes de torsion sont aussi bruyants pour un kyste du parovaire que pour n'importe quelle tumeur.

Le diagnostic exact n'a été fait dans aucun des cas rapportés. Si la torsion a été souvent reconnue, l'origine para-ovarienne de la tumeur n'a jamais été affirmée. Ces erreurs de diagnostic n'ont pas eu de conséquences fâcheuses, les affections qui donnent le même tableau clinique que la torsion des kystes para-ovariens nécessitant aussi la laparotomie.

2° RUPTURE DES KYSTES DE L'OVAIRE

La rupture est une complication assez fréquente des kystes de l'ovaire. Elle se rencontre dans 3 p. 100 des cas, d'après Olshausen, et s'observe plus fréquemment dans les kystes dermoïdes. « C'est un accident journalier, qui passe souvent inaperçu, ou dont on ne s'aperçoit que par hasard, en pratiquant l'ovariotomie. » (Prof. Poncet.)

La rupture se voit surtout chez des femmes de 25 à 40 ans, époque où les kystes dermoïdes se montrent de préférence. La rupture peut succéder à un traumatisme : traumatisme externe (chute, choc, etc.); « traumatisme d'ordre physiologique » (Nepveu), provoqué par l'effort (dans la toux, l'éclat de rire, les vomissements, l'émotion violente, etc.); traumatisme chirurgical : friction, lavage, brossage trop énergiques de la paroi abdominale avant la laparotomie; examen de la malade (palper abdominal, spéculum); rupture pendant l'anesthésie chirurgicale (ici entrent en jeu le traumatisme interne dû à l'effort musculaire de la paroi abdominale pendant la phase d'excitation de l'anesthésie; la diminution de la tension intra-abdominale pendant la phase de relâchement musculaire de l'anesthésie. Les deux causes agissent dans l'anesthésie à l'éther et au chloroforme, la deuxième seulement dans la rachicocaïnisation.

Mais les ruptures s'observent surtout à la suite d'altération des parois du kyste.

Bouilly avait d'ailleurs fait remarquer combien souvent le traumatisme invoqué dans la rupture était léger et venait simplement hâter une terminaison imminente, en rapport avec le travail destructif des parois.

Ces ruptures traumatiques, disait aussi Vuillième, ne sont, en général, que des « ruptures spontanées déguisées ».

Quelles sont donc les altérations que peuvent présenter les parois du kyste?

Altérations de nature inflammatoire : les ruptures s'obser-

vent dans des cas de suppuration du kyste (en cas de salpingite, puerpéralité, torsion du pédicule, fièvre typhoïde). La rupture reconnaît comme mécanisme une augmentation de tension intrakystique et va être favorisée par le ramollissement des parois. La rupture du kyste peut aussi coïncider avec la torsion du pédicule : les veines ayant leur calibre effacé par la torsion, le sang artériel continuant à affluer, une véritable hémorragie en nappe se produit, ajoute une quantité de liquide à celle déjà contenue dans le kyste. Il s'ensuit une augmentation brusque de la pression et finalement la rupture. La suppuration et la torsion du pédicule étant surtout l'apanage des kystes dermoïdes, on ne sera guère surpris de constater la fréquence très grande des ruptures pendant la grossesse, dont on sait que les kystes dermoïdes constituent une complication importante. C'est ainsi que Mangin relève 36 p. 100 de ruptures de kyste de l'ovaire pendant la grossesse; Rémy, 27 p. 100 (sur 300 observations). La rupture est souvent extra-péritonéale, car des adhérences empêchent l'épanchement dans le péritoine; la rupture se fait alors dans les voies digestives, génitales, urinaires, à l'extérieur.

Mais la rupture peut se faire aussi dans le péritoine.

Enfin, les parois kystiques peuvent être fragilisées et se rompre quand elles subissent un processus de dégénérescence néoplasique (fréquente), gangréneuse, graisseuse, athéromateuse, calcaire.

SYMPTOMATOLOGIE.

Souvent, la rupture s'annonce par des prodromes : douleurs plus ou moins vives, nausées, vomissements, poussées fébriles (Rémy).

Quelquefois, c'est la mort subite : « Un matin, la femme, après s'être retournée dans le lit, s'écria qu'elle venait de sentir quelque chose se rompre dans elle et mourut presque instantanément. » (Spencer Wells.)

Dans d'autres cas, la rupture du kyste va se produire de façon insidieuse ou même passer inaperçue (Schroeder).

La rupture intrapéritonéale.

S'il s'agit d'un grand kyste uni ou pauciloculaire se déchirant brusquement, il s'ensuit une *inondation péritonéale*, si du moins des adhérences ne gênent pas le libre écoulement du liquide.

La femme éprouve une douleur vive dans le ventre, une sensation de déchirure; son visage devient grippé, ses lèvres se décolorent; elle se sent baignée de sueurs froides. Généralement, elle perd connaissance. Au bout de quelques minutes, quand elle revient à elle, elle sent que son ventre est douloureux, diminué de volume. (La rupture se complique parfois de lésion vasculaire: on observe alors tous les signes d'une hémorragie interne.)

A l'examen, l'inspection montre un ventre aplati, comme le ventre ascitique.

A la palpation, « on ne sent plus le kyste ». On trouve maintenant tous les signes d'une ascite assez considérable (sensation de flot dans les flancs; matité de la région hypogastrique et des flancs; mobilité du liquide avec les changements de position).

Le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, permettra de constater la disparition définitive de la tumeur, de sentir la fluctuation renvoyée de la main abdominale.

Les symptômes consécutifs varient avec le degré de septicité, de toxicité du liquide épanché. A-t-on affaire à un épanchement très septique, ce qui d'ailleurs est exceptionnel, les symptômes de la péritonite aiguë généralisée ne tardent pas à faire leur apparition.

La rupture intrapéritonéale peut aussi se manifester *sous forme d'ascite à répétition*, s'il s'agit d'une tumeur polykystique, multiloculaire, aréolaire, présentant ou non des

végétations extérieures. On a affaire à des poches moyennes ou petites qui se perforent; insidieusement, à intervalles plus ou moins rapprochés, la sérosité va s'écouler dans le péritoine. Il y aura peu ou pas de symptômes immédiats, pas de réaction péritonéale; mais quelques jours après, l'ascite va traduire sa présence par des signes indéniables.

Tantôt les symptômes de ces ascites à répétition deviennent de moins en moins graves : l'ascite se résorbe (débâcles urinaires) et finit par disparaître; tantôt ils deviennent de plus en plus alarmants et une seconde ou une troisième rupture peut entraîner la mort.

La rupture peut se manifester d'emblée : le ventre se météorise, devient de plus en plus douloureux. Frissons, dyspnée, toux, nausées, vomissements; des vomissements bilieux peuvent survenir une heure après la rupture (Démons). Pouls petit, fréquent, filiforme. La température varie de 38 à 40 degrés. Le facies est grippé, péritonéal; il y a tendance au refroidissement; la dyspnée devient extrême, le visage se cyanose. Si l'on percute, on trouve de la sonorité dans tout l'abdomen. La malade succombe au milieu des souffrances, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. Dans cette forme de péritonite purulente généralisée, seule une laparotomie d'urgence peut sauver la malade.

En cas d'adhérences, on peut avoir affaire à une péritonite purulente localisée.

Si l'épanchement est aseptique ou très peu septique, les symptômes consécutifs seront moins graves ou insignifiants. Peu à peu, l'ascite se résorbera.

La rupture extrapéritonéale.

La rupture est précédée, pendant quatre à cinq jours, de douleurs dues aux adhérences et aux ulcérations des parois contiguës. Au moment où la rupture se produit, des « douleurs poignantes » éclatent dans le bas-ventre (Nepveu). La

constatation directe de l'écoulement s'ajoute à l'affaissement du kyste pour renseigner le chirurgien.

Si un trajet fistuleux se constitue, l'évacuation devient incomplète, l'écoulement se prolonge, continu ou intermittent, la fièvre apparaît, la malade maigrit et se cachectise et peut succomber à ces suppurations interminables ou à la septicémie.

La rupture s'effectue le plus souvent dans les voies digestives (51 cas *sur 142 observations de Duffner*) : « Il y a évacuation, soit par les vomissements, soit par les selles, d'un liquide séro-albumineux coloré par du sang altéré. » (Terrier.) Dans tous les cas, il y a diarrhée intense.

Ouverture à l'extérieur (34 cas), surtout à l'ombilic, point le plus faible.

Ouverture dans les voies génitales (33 cas) : dans le vagin (écoulement continu), dans les trompes (évacuation intermittente).

Ouverture dans la vessie (16 cas, Duffner) : tout à coup, vif besoin d'uriner avec douleurs vésicales et ténesme, et souvent rétention d'urine.

Pronostic de la rupture du kyste de l'ovaire.

PRONOSTIC IMMÉDIAT.

Il arrive que l'accident de la rupture puisse passer inaperçu, sans altération de l'état général, sans douleur d'aucune sorte (Schroeder). Il peut même avoir pour résultat la guérison définitive de la tumeur (en ce qui concerne les kystes parovariques, Bouilly).

Les dangers de la péritonite consécutive sont surtout à redouter si l'épanchement est purulent (à moins d'adhérences constituant une péritonite enkystée), si le sang est mélangé à du liquide colloïde (Olshausen).

La péritonite est presque toujours mortelle en cas de rupture de kyste dermoïde.

La rupture des kystes ménorragiques peut être suivie de mort en quelques heures par hémorragie interne, ou en quelques jours par péritonite. Elle peut exposer à l'hématocèle pelvienne (Rollin).

La péritonite est d'ailleurs loin d'être toujours mortelle, et beaucoup de malades, après des accidents plus ou moins graves, arrivent à la guérison.

La rupture présente aussi le danger de provoquer dans le péritoine des « greffes », qui peuvent être à l'origine de nouveaux kystes, parfois malins. Les kystes à contenu colloïde peuvent ainsi essaimer dans la séreuse péritonéale des masses gélatineuses : c'est la « maladie gélatineuse de Péan » ; le « myxome ou pseudo-myxome intrapéritonéal de Werth ».

La rupture s'est-elle faite dans un organe de voisinage ? On trouve une cavité suppurant continuellement.

Ouverture par l'ombilic, la trompe, le vagin : le pronostic est assez favorable, réserve faite de la gêne causée par l'écoulement.

La rupture du kyste dans l'intestin est beaucoup plus dangereuse : phénomènes putrides, septiques. Le ténésme, l'entérite, la rectite, sont des complications fréquentes.

La rupture dans la vessie doit faire porter un pronostic grave : possibilité de cystite, pyélonéphrite, rétention d'urine, formation de calculs, voire même péritonite.

L'état puerpéral assombrit toujours le pronostic. Pendant la grossesse, l'ascite à répétition va provoquer des fausses couches.

Pendant l'accouchement, le kyste (dermoïde le plus souvent) peut se rompre dans le rectum.

La mort subite, qui survient dans quelques cas, s'explique, soit par une hémorragie abondante (torsion du pédicule et rupture, kystes ménorragiques), soit par la pénétration rapide du liquide dans la cavité abdominale, déterminant des phénomènes de choc.

· PRONOSTIC ÉLOIGNÉ.

Adhérences post-péritonitiques entre la paroi du kyste et les organes voisins. D'où douleurs vives dans le ventre, possibilité d'étranglement interne.

Une première rupture prédispose à des *ruptures répétées*; elles épuisent la malade et déterminent des poussées péritonitiques, des adhérences. Quelquefois, la mort peut survenir à la deuxième, troisième, quatrième rupture.

Ces récidives de rupture, qui se produisent surtout pour les kystes multiloculaires, ne sont pas à craindre pour les kystes parovariques, qui guérissent souvent après rupture.

Les kystes papillaires végétants sont susceptibles de *généralisation*; l'épanchement pleural est le « cri d'alarme de la généralisation » (Demos).

La généralisation peut aller encore plus loin, envahir les organes (Thornton), les os (Gross), le sein (Reclus).

3° SUPPURATION DES KYSTES DE L'OVAIRE

La suppuration des kystes de l'ovaire s'observait plus fréquemment autrefois, quand on pratiquait la ponction, pour aider au diagnostic ou dans un but thérapeutique. Cette manœuvre, aujourd'hui abandonnée, était bien souvent responsable de l'infection des kystes.

La première observation fut publiée, en 1794, par Herbiniaux (*Traité d'accouchements*, Bruxelles). Il s'agissait d'un kyste suppuré de l'ovaire droit, de la variété dermoïde, qui s'ouvrit spontanément dans le vagin, chez une femme dont l'enfant avait été extrait par craniotomie.

C'est Keith qui, en 1865, pratiqua le premier, avec succès, l'ovariotomie pour un kyste suppuré.

Les statistiques démontrent que la suppuration se produit avec une facilité plus grande aux dépens des kystes dermoïdes.

Delbet, dans son étude sur *Les suppurations pelviennes* (1891), rapporte 55 cas de kystes suppurés : 39 d'entre eux sont de nature dermoïde.

Wunderli, sur 24 cas de kystes suppurés de toute nature, trouve : 14 cysto-épithéliomes, 1 kyste tubo-ovarien, 1 kyste para-ovarien, 8 kystes dermoïdes, soit 33 p. 100, pourcentage éloquent, si on l'oppose aux 3,5 p. 100 qui représenteraient, d'après Olshausen, le degré de fréquence générale des kystes dermoïdes par rapport aux autres variétés de kystes de l'ovaire.

Sur les 4 cas de kystes suppurés, observés de 1928 à 1934 dans le Service de gynécologie du Professeur Guyot, à l'Hôpital André-Boursier, nous avons relevé 2 kystes dermoïdes (50 p. 100). Dans les deux autres cas, l'examen anatomo-pathologique du kyste n'avait pas été pratiqué.

Quels sont donc les principaux éléments favorisant la suppuration des kystes dermoïdes ? Leur contenu épais et graisseux ; leurs inclusions hétéroclites (dents, cheveux, etc.) qui peuvent éroder et perforer leurs parois ; la torsion fréquente de leur pédicule ; les adhérences fréquentes avec les organes voisins, adhérences qui permettent aux microbes contenus dans ces organes de gagner le kyste.

La suppuration du kyste de l'ovaire peut créer des lésions de voisinage :

Ascite : généralement peu abondante.

Péritonite : généralisée, ou plus souvent partielle ; il se crée des adhérences fixant la tumeur à la paroi abdominale, à l'épiploon, l'intestin, la vessie, etc.

Le kyste peut déterminer de la compression :

de l'utérus : fréquemment refoulé dans la cavité abdominale ;

des vaisseaux iliaques (risques de phlébite), de la veine cave ;

du plexus sacré (Bouilly aurait observé des lésions de névrite périphérique dans les membres inférieurs, suivies d'atrophie musculaire).

La gêne de la circulation lymphatique de l'abdomen par la compression aurait, d'après le Professeur Demons, son contre-coup sur la plèvre, à travers et au-delà le diaphragme, et serait responsable de l'épanchement pleurétique que l'on observe quelquefois.

Enfin, il arrive fréquemment que le kyste s'ouvre dans un organe creux voisin : intestin, vessie, etc.

Pour que le kyste de l'ovaire suppure, il faut qu'il y ait eu apport de microbes.

L'infection peut venir :

a) De l'extérieur : par ponction, incision, drainage, traumatisme;

b) De l'intérieur :

α. Par voie sanguine : phlébite, typhoïde, grippe, pneumonie, tuberculose, infection puerpérale, etc.;

β. Par voie lymphatique : anastomoses des lymphatiques de l'utérus, des trompes et de l'ovaire (métrite, salpingite, pyosalpinx, puerpéralité);

γ. Par voie des adhérences : microbes passant de la vessie, de l'intestin, de l'appendice dans le kyste.

La suppuration peut être favorisée :

a) Par un état général déficient, un fléchissement des défenses de l'organisme;

b) Ou localement : par un traumatisme, une injection de substance corrosive (iode), une torsion du pédicule, la menstruation, la grossesse, l'accouchement.

Comment se manifeste cliniquement un kyste suppuré de l'ovaire.

C'est généralement parce qu'elle souffre que la malade consulte un médecin. Elle ressent dans le ventre des élancements, des douleurs vives, syncopales. Ces douleurs disparaissent quelquefois aux époques menstruelles et avec le repos. La fièvre est continue : 38°5 à 40 degrés, avec ascension vespérale et rémission le matin. La nuit, la malade

transpire abondamment. Elle accuse des troubles digestifs : diminution de l'appétit, vomissements, douleurs gastriques. La tumeur augmente rapidement de volume; le ventre devient tendu. La peau de l'abdomen s'œdématie, un lacis veineux apparaît. Il peut y avoir une légère ascite.

La palpation, dans la région du kyste, donne une sensation d'empâtement profond.

La percussion donne une matité à convexité supérieure. On note cependant quelquefois de la sonorité dans quelques cas où il se développe des gaz dans le kyste (observations du Professeur Chavannaz).

Enfin, le toucher vaginal permet de constater, dans un des culs-de-sac vaginaux, une tumeur saillante, tendue, très douloureuse, de consistance épaisse et pâteuse.

A propos d'une observation que nous apportons, nous voudrions signaler quelques particularités cliniques intéressantes de la suppuration post-grippale des kystes de l'ovaire (qui a fait l'objet de la thèse de Jacques Bertrand, Paris, 1934). C'est une complication assez rare. Elle se décèle uniquement par deux signes généraux constants : la cachexie et la température; les signes locaux [existence d'une tumeur paratérine qui se distingue par son indolence, l'absence de tout signe d'irritation pelvienne (dysurie, obstruction intestinale, etc.)], demandant à être recherchés par un examen soigneux : palpation abdominale et surtout toucher vaginal. Enfin, il est essentiel de distinguer deux types :

a) Le kyste de l'ovaire suppuré, cause unique du syndrome général : température oscillante et cachexie suppurative à évolution lente. Ici, le pronostic est relativement bon toutes les fois où le drainage chirurgical est capable d'amener la cessation des signes généraux;

b) Le kyste de l'ovaire suppuré épiphénomène, localisation, parmi d'autres, de l'agent microbien; température en plateau ou irrégulière avec signes généraux toxiques, à évolution rapide, à pronostic fâcheux.

La suppuration des kystes de l'ovaire évolue rapidement,

de quelques semaines à quelques mois après l'infection (typhoïde, grippe, infection utérine, etc.), et le pronostic est sombre si l'on n'intervient pas.

La mort peut survenir par septicémie aiguë, surtout avec les kystes dermoïdes. Ou bien le kyste suppuré peut se rompre dans la cavité abdominale : péritonite suraiguë.

En cas d'adhérences péritonéales, le pus peut s'écouler dans les organes creux voisins : dans la vessie (vomique vésicale, violent besoin d'uriner, miction de quantité de pus, « pilimiction », en cas de kyste dermoïde); dans l'intestin (secondairement, infection de la cavité kystique par les matières intestinales).

La mort, dans ces derniers cas, peut survenir en quelques jours; ou plus lentement, par cachexie, après suppuration prolongée et fièvre hectique.

En raison de la gravité du pronostic, une ovariectomie rapide doit être pratiquée dès qu'a été porté le diagnostic de suppuration de kyste de l'ovaire.

OBSERVATION XXVII.

Mme T... (G.), 34 ans.

La malade entre à l'Hôpital Boursier, le 6 mars 1931, parce qu'elle présente des douleurs abdominales et des pertes de sang.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans. Règles normales, durant trois jours.

Histoire de la maladie : En janvier 1931, réglée deux fois (du 2 au 5 et du 26 au 29).

Le 22 février, brusquement, pendant sa lessive, la malade a ressenti de vives douleurs abdominales qui l'ont fait suspendre son travail. Les malaises persistent une semaine environ.

Le 28 février, date normale de ses règles, les douleurs s'exaspèrent, irradient vers les reins; sensation de striction, en ceinture, qui obligent la malade à s'étendre. Les règles commencent dans la soirée, mais s'arrêtent le lendemain matin pour reprendre le soir

et durent encore à son entrée à l'hôpital, le 6 mars. Elles se sont donc anormalement prolongées.

Examen : Pouls petit, rapide, mais pas de fièvre.

Seins : Présentent de gros tubercules de Montgomery. La pression du mamelon fait sourdre quelques gouttes de colostrum (la malade a cessé l'allaitement de son dernier enfant il y a six mois).

Abdomen : Volumineux. La palpation permet de sentir l'utérus, plaqué contre la paroi antérieure, gros, remontant presque à l'ombilic.

Toucher vaginal : Col très haut, mou, douloureux.

Utérus, gros, rejeté en avant, contre la symphyse pubienne. Le cul-de-sac latéral gauche et le Douglas sont comblés par une grosse masse douloureuse, immobile, fluctuante. Pensant à une hémato-cèle consécutive à une rupture de grossesse tubaire, M. le Professeur Guyot décide une intervention d'urgence.

Opération le 7 mars : Laparotomie sous-ombilicale. Pas de sang dans le ventre. Utérus élevé, rétro-symphysaire et surplombant une grosse poche kystique, attenante à l'annexe gauche et fixée dans le Douglas. La ponction au trocart de Kéberlé permet de retirer environ un litre de pus blanc crémeux de ce *kyste suppuré*, reconnu dermoïde par examen anatomo-pathologique. Ovaire droit également kystique, gros comme une noix, mais non suppuré.

Ovariectomie, puis hystérectomie subtotal.

Bonnes suites opératoires.

Exeat le 18 avril 1934.

OBSERVATION XXVIII.

Mme R... (I.), 48 ans.

La malade entre à l'Hôpital Boursier, le 5 octobre 1932.

Elle se plaint de douleurs abdominales et de diarrhée.

Antécédents : Régée à 17 ans. Règles régulières, durant cinq à six jours, douloureuses.

Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Depuis trois mois, règles beaucoup plus douloureuses, avec caillots en abondance. Les dernières (du 29 septembre au 5 octobre)

se sont accompagnées d'une diarrhée violente. La malade ressent fréquemment dans le ventre des élancements très douloureux, amenant un état lipothymique.

Examen : Abdomen volumineux. Peau tendue, œdématiée; circulation collatérale.

Palpation : Permet de sentir une grosse masse, remontant jusqu'à l'ombilic, inclinée à gauche, arrondie, régulière, mobile, douloureuse. L'utérus est refoulé en avant et à droite, mobilisable, indolore.

Par le toucher vaginal on perçoit mieux une masse volumineuse, fluctuante, de consistance épaisse et pâteuse, qui bombe dans le Douglas et le cul-de-sac latéral gauche. Le col est près de la symphyse, l'utérus incliné en avant et à droite.

Facies vultueux, langue saburrale. Température : 39 degrés.

Râles sous-crépitants aux bases. Brûlures à la miction.

M. le Professeur Guyot pense à un kyste suppuré de l'ovaire gauche, d'origine colibacillaire.

11 octobre : La malade reçoit, par voie rectale, une injection de 1/2 cm³ de vaccin anticolibacillaire.

La température esquisse une légère baisse, mais reste encore élevée : 38° 4. Les douleurs abdominales diminuent. Les brûlures à la miction ont presque disparu.

13 octobre : 1/2 cm³ de vaccin anticolibacillaire. La malade accuse céphalée, rachialgie, lassitude générale.

17 octobre : Le facies devient pâle, terreux; les muqueuses sont décolorées, la soif ardente, les sueurs profuses; des œdèmes apparaissent aux membres inférieurs. La respiration est superficielle, la fièvre continue : 38°, 5. Obnubilation passagère. Devant la gravité de ces signes, M. le Professeur Guyot décide une intervention chirurgicale immédiate.

Opération (Dr Villar) : Volumineux kyste suppuré de l'ovaire gauche. Le kyste renfermait un liquide purulent, d'odeur fécaloïde. Des débris de poils, des inclusions dentaires révélèrent la nature dermoïde du kyste.

Ovariectomie. Etat infectieux postopératoire. Abscessus de fixation. Sérum anticolibacillaire, eucalyptine, toni-cardiaque.

La malade meurt le 21 octobre.

OBSERVATION XXIX.

Mme Y... (C.), 31 ans.

La malade entre à l'Hôpital Boursier, le 26 mars 1931, parce que, depuis deux mois, à la suite d'une grippe, son état général a décliné (amaigrissement de 6 kilos, lassitude, anorexie), qu'elle présente une fièvre persistante et de vagues douleurs abdominales depuis quelques jours.

Antécédents personnels : Réglée à 12 ans. Règles abondantes, régulières, durant trois jours.

Pleurésie gauche à 17 ans.

Mariée à 23 ans. Deux grossesses normales.

Histoire de la maladie : Grippe il y a deux mois, avec facies grippé, céphalalgie, courbatures généralisées, avec sensation de brisure des membres. Température : 39-40 degrés. Foyer de congestion à base pulmonaire droite.

Traitée (révulsion thoracique, toni-cardiaques, etc.).

Quinze jours après le début de l'affection, entre en convalescence. Seule persiste la lassitude.

Mais au bout d'une semaine, nouvelle ascension thermique à 38° 5. La fièvre a persisté jusqu'à ce jour; la malade, toujours lasse, ressent également, depuis quelques jours, de vagues douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Examen : Malade amaigrie. Teint pâle, conjonctives décolorées, langue saburrale. Température : 38 degrés.

Auscultation : Quelques râles sous-crépitaux à la base droite.

Abdomen : La paroi présente une légère défense; pas de points douloureux.

Toucher vaginal : Dans le cul-de-sac latéral gauche, masse fluctuante, de consistance pâteuse, de la grosseur d'une mandarine, non douloureuse, mobile et séparée de l'utérus par un sillon très net.

Opération le 3 avril : *Kyste mucoïde suppuré de l'ovaire gauche.*
Ovariectomie.

Bonnes suites opératoires.

Exeat le 28 avril.

OBSERVATION XXX.

Mme B... (J.), 37 ans.

La malade entre à l'Hôpital Boursier, le 25 février 1931, pour violentes douleurs pleuviennes, accompagnées de fièvre.

Antécédents personnels : Réglée à 12 ans. Règles abondantes, régulières, durant cinq jours environ. Normales jusqu'à 30 ans.

Mariée à 17 ans. Grossesse normale à 18 ans.

Histoire de la maladie : En 1925, les règles de la malade diminuent d'abondance et de durée (un jour). En même temps, douleurs dans le bas-ventre. Repos d'une dizaine de jours au lit. Traitement médical. Tout rentre dans l'ordre.

En 1927, crise similaire, également traitée médicalement et ayant nécessité un repos de quinze jours au lit.

Le 3 février 1931, débute la crise actuelle. La malade est prise de violentes douleurs dans le bas-ventre; elle s'alite. Apparition, pour la première fois, de pertes jaunes abondantes. Les douleurs s'exagèrent les jours suivants, irradiant dans les cuisses, dans les reins, anéantissant la malade. La température s'est élevée à 39-40 degrés. A partir du 9 février, les pertes cessent, la température s'abaisse, mais les douleurs persistent.

Examen : Palpation douloureuse, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche.

Toucher vaginal : Col un peu gros, regardant en avant.

Utérus gros, antéfléchi, mobile, flanqué d'une grosse masse postéro-latérale gauche, fluctuante. L'annexe droite semble collée à lui. Le cul-de-sac postérieur est un peu empâté.

Un traitement médical et la vaccinothérapie antigonococcique n'ayant pas donné un résultat satisfaisant, M. le Professeur Guyot décide une intervention chirurgicale.

Opération le 23 mai : *Kyste mucoïde suppuré de l'ovaire gauche*, adhérent au Douglas, à l'anse sigmoïde et au bord gauche de l'utérus.

Ovariectomie et hystérectomie.

Bonnes suites opératoires.

Exeat le 5 juillet 1931.

4° DEGENERESCENCE NEOPLASIQUE DES KYSTES DE L'OVAIRE

La dégénérescence néoplasique est une complication grave, frappant surtout les kystes mucoïdes de l'ovaire. Certes, les kystes pauciloculaires, épithéliomas mucoïdes simples, sont réputés bénins. L'insécurité commence avec les kystes multiloculaires, à contenu fréquemment colloïde. Quant aux kystes végétants, leur malignité est hors de doute. Ils sont capables de se greffer, récidiver, se généraliser et méritent d'être rangés parmi les néoplasmes graves, de même que les kystes à transformation carcinomateuse.

La fréquence de cette évolution néoplasique est assez grande :

28 p. 100 sur 49 kystes opérés (Cerné);

15 p. 100 sur 121 kystes opérés (Lejars).

Il faut penser à la malignité en présence d'une tumeur bilatérale à évolution rapide, d'une tumeur qui a donné lieu à de petites hémorragies, et surtout d'une tumeur qui s'accompagne d'ascite.

La sensation de glaçon que donne ce kyste flottant dans le liquide est caractéristique. Cette ascite est souvent sanglante, gélatineuse. De l'œdème est apparu précocement aux membres inférieurs; un épanchement pleural peut se manifester. On peut déceler à la palpation des nodules métastatiques dans l'épiploon, le péritoine pariétal, le foie, les ganglions. Quant à l'état général, il est rapidement atteint : facies pâle; perte de l'appétit; amaigrissement prononcé; asthénie.

Lors de l'intervention, le chirurgien se méfiera de la nature maligne s'il trouve :

de nombreuses végétations papillaires sur la paroi externe du kyste, parfois aussi greffées sur le péritoine;

une substance gélatineuse « frai de grenouille », remplissant la cavité péritonéale;

peu de liquide à la ponction du kyste, envahi par un élément solide, proliférant;

de nombreuses adhérences.

Hétérorécidive des kystes de l'ovaire.

L'hétérorécidive d'un kyste de l'ovaire est le développement d'un kyste dans l'ovaire restant.

Sa fréquence, encore assez grande, mérite de retenir l'attention du chirurgien.

Mourgues-Moulines et Guibal (Montpellier, 1910-1924) ont signalé 5 cas d'hétérorécidive sur 61 ovariectomies unilatérales, soit 8,19 p. 100.:

Glockener : 6 hétérorécidives sur 184 ovariectomies unilatérales (3,15 p. 100);

Segalowitz : 4 hétérorécidives sur 208 ovariectomies unilatérales (1,95 p. 100);

Lippert : 17 hétérorécidives sur 342 ovariectomies unilatérales (8,15 p. 100);

Terrillar : 3 hétérorécidives sur 149 ovariectomies unilatérales (2,01 p. 100);

Soit : 33 hétérorécidives pour 800 kystes de l'ovaire : 4,35 p. 100.

C'est une complication qui s'observe surtout entre 40 et 45 ans.

Il semble qu'on doive tenir comme cause favorisante certains incidents survenus lors de la première ovariectomie : l'ablation incomplète, la rupture, la ponction du kyste.

La deuxième tumeur serait ici une greffe de la première : si toutes les variétés de kystes sont susceptibles de présenter cette complication, la fréquence est cependant bien plus grande avec les kystes papillaires végétants.

Mais il peut se faire que la deuxième tumeur se développe

sans que la première en soit la cause déterminante : l'hétéro-récidive n'est ici qu'un cas particulier de la *bilatéralité* des tumeurs ovariennes. La fréquence de cette bilatéralité est, d'ailleurs, variable selon la forme anatomo-pathologique des kystes.

Bilatéralité dans 9 p. 100 des cas pour les kystes mucoïdes (Spencer Wells);

Bilatéralité dans 20 p. 100 des cas pour les kystes dermoïdes (Olshausen);

Bilatéralité dans 60 p. 100 des cas par les kystes papillaires (Estor).

QUELLE EST LA DATE D'APPARITION DE L'HÉTÉRORÉCIDIVE ?

Mourgues-Moulines et Guibal (Mémoire de 1934, Montpellier) envisagent trois éventualités :

Les deux kystes sont malins : l'intervalle moyen est de vingt-deux mois;

Les deux kystes sont bénins : l'intervalle moyen est de huit ans;

Le premier kyste est bénin, le second malin : l'intervalle varie de six mois à six ans.

Si le pronostic vital est donc réservé, le pronostic opératoire comporte, de son côté, une mortalité plus forte que pour les ovariectomies ordinaires (cela tient à l'âge moyen plus avancé des malades et au pourcentage élevé de tumeurs malignes). Cependant, l'opération ne saurait être non seulement discutée, mais même différée.

PROPHYLAXIE DE L'HÉTÉRORÉCIDIVE.

Au cours de l'ovariectomie, mieux vaut éviter, si les conditions anatomiques le permettent, la ponction ou la rupture du kyste, qui peuvent déterminer un ensemencement. Quant à l'ovaire sain, à partir de 40 ans, il doit être sacrifié. Et

lorsque le kyste est malin, ou seulement lorsqu'il présente d'abondantes végétations, il semble bien que, quel que soit l'âge de la malade, il vaille mieux enlever l'ovaire sain.

OBSERVATION XXXI.

Mme C... (A.), 52 ans, cultivatrice.

La malade est hospitalisée à Boursier, le 15 janvier 1932, pour une *tumeur abdominale*, avec mauvais état général.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans. Règles normales, durant deux jours.

Deux grossesses normales, 1 fausse couche.

Bien réglée jusqu'à 40 ans. Interruption des règles pendant six mois; réapparition pendant les deux années suivantes. Puis, elles s'espacent de plus en plus, tous les quatre à cinq mois, mais sont plus abondantes.

A 48 ans, les règles disparaissent définitivement.

Histoire de la maladie : Début en octobre 1931, à 51 ans, par une augmentation de volume de l'abdomen, accompagnée d'une sensation de gêne à l'occasion du moindre effort.

Depuis décembre : anorexie, digestions pénibles. Amaigrissement, teint jaune pâle, œdème des membres inférieurs.

Examen (Prof. Guyot) : Légère ascite.

Dans la fosse iliaque droite, tumeur mate à la percussion, bosselée, douloureuse à la palpation et donnant le signe du glaçon.

Toucher vaginal : Utérus en rétroversion, fixé dans le Douglas.

Dans le cul-de-sac droit, masse du volume d'un œuf d'autruche, bosselée, douloureuse, mobile et indépendante de l'utérus.

Opération le 25 janvier : Petite incision sous-ombilicale, par laquelle on évacue la majeure partie d'un liquide d'ascite hémorragique, séro-fibrineuse (2 litres environ).

Puis, on agrandit l'incision et on aperçoit dans la fosse iliaque droite une tumeur bosselée, irrégulière (que l'examen anatomopathologique montrera être un *cysto-épithéliome de l'ovaire*).

A la surface de la tumeur se trouvent le cæcum et l'appendice,

très adhérents. L'appendice sera enlevé en même temps que la tumeur.

L'utérus est refoulé en arrière et on commence par lier ses pédicules. La tumeur adhère à la vessie en avant. Le péritoine vésical est incisé, en laissant des greffes, qui sont enlevées secondairement. On sent, en arrière de l'utérus, une infiltration de la paroi extérieure du rectum, qui tient intimement à la tumeur. Les annexes gauches ne participent pas à la tumeur, mais sont adhérentes et doivent être décollées au doigt.

Péritonisation sans drainage.

Suites opératoires immédiates excellentes.

Le 20 février 1932 : *Examen* : Col en place normale.

Cul-de-sac antérieur souple.

Cul-de-sac postérieur envahi par un empâtement dur et indolore qui déborde sur les culs-de-sac latéraux et diminue la mobilité du moignon cervical.

Abdomen : Pas d'ascite perceptible.

Le 29 février 1932 : La malade est transférée au Centre Bergonié pour traitement aux rayons X.

OBSERVATION XXXII.

Mme M... (M.), 24 ans.

La malade est examinée par M. le Professeur Jeanneney, le 28 avril 1934, en pleine crise abdominale aiguë.

La douleur avait débuté, le matin, dans la fosse iliaque droite, donnant une sensation de torsion très pénible, puis elle s'était irradiée à tout l'abdomen. Température : 38°5.

Examen : Au toucher, on sent une petite tumeur mobile, consistante, douloureuse, qui bombe dans le cul-de-sac latéral droit.

M. le Professeur Jeanneney diagnostique un kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu et conseille une intervention immédiate.

Opération : Petit kyste dermoïde de l'ovaire droit, à pédicule tordu.

Ovariectomie.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION XXXIII.

Mme L., 52 ans.

La malade consulte M. le Professeur Jeanneney pour tumeur abdominale, avec troubles de l'état général.

Antécédents personnels : Réglée à 12 ans. Règles normales, durant quatre à cinq jours.

Mariée à 21 ans. Deux fausses couches au début du mariage, puis six grossesses normales.

Histoire de la maladie : Depuis deux ans environ, la malade accuse de la dyspnée, des crampes, de la fatigue, de la pollakiurie et de la dysurie.

Examen : Pâleur du teint. Décoloration des conjonctives. Œdème des membres inférieurs.

Légère ascite.

La palpation révèle dans la fosse iliaque droite une tumeur irrégulière, douloureuse, mobile, et que l'on retrouve au toucher dans le cul-de-sac latéral droit.

Opération : Kyste de l'ovaire droit.

Ovariectomie.

Bonnes suites opératoires.

Examen anatomo-pathologique (M. le Prof. Sabrazès) : « Cysto-épithéliome de l'ovaire. »

5° DEGENERESCENCE TUBERCULEUSE DES KYSTES DE L'OVAIRE

C'est une rareté. Elle fut signalée pour la première fois par Spencer Wells en 1863. En 1923, le nombre des cas publiés n'est que de 45 (Mlle Bourmalatz).

L'âge, la parité, la variété anatomo-pathologique ne semblent pas avoir d'influence sur la tuberculisation du kyste.

La tuberculose primitive du kyste est exceptionnelle. Généralement, la tuberculisation du kyste se rencontre chez des malades qui présentent des lésions tuberculeuses viscérales

ou génitales en activité. L'infection tuberculeuse gagne par propagation la paroi externe du kyste, soit par voie lymphatique, soit par voie sanguine.

Elle revêt exceptionnellement une allure aiguë. Généralement, elle est chronique d'emblée. Jamais le diagnostic de la lésion ne s'est fait d'avance, aucun signe clinique ne permettant d'en reconnaître l'existence.

OBSERVATION XXXIV.

Kyste de l'ovaire tuberculeux.

(CHARBONNEL et NADAL, dans la thèse de Mlle BOURMALATZ, Toulouse, 1923.)

Jeune fille vierge de 19 ans, de santé normale, réglée très tard et peu abondamment. Il y a trois ans et sans cause, arrêt des règles et douleurs vagues dans l'hypogastre et la fosse iliaque gauche, puis tumeur progressivement croissante.

A l'examen, on trouve dans la fosse iliaque gauche une tumeur arrondie, régulière et mate. Au toucher, on localise une tumeur dans le cul-de-sac gauche, où elle bombe, molasse, peu mobile.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire, peut-être inclus.

Opération : On trouve l'utérus très petit, refoulé en avant, tandis que les deux trompes, apparemment normales, parcourent en corde le dôme de deux tumeurs incluses dans les feuillets du ligament large. La tumeur gauche est grosse comme une tête de fœtus, la droite comme un œuf. Ni granulations péritonéales, ni ascite.

Hystérectomie.

Le kyste de l'ovaire droit est un kyste mucoïde multiloculaire banal. Le gauche est un kyste dermoïde avec contenu sébacé et poils. Mais la plus grande masse de la paroi est constituée par du tissu inflammatoire très épaissi, présentant les caractères des lésions tuberculeuses : follicules de Köster schématiques, avec cellule géante centrale, zone épithéliale et zone lymphoïde. Ailleurs, petits foyers caséux, entourés

d'une zone épithélioïde. Il s'agit là d'une lésion de structure nodulaire tuberculeuse classique où l'on constate les divers stades habituels : crudité, ramollissement, calcification.

6° KYSTES DE L'OVAIRE, GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET PUERPERALITE

FRÉQUENCE DES KYSTES DE L'OVAIRE PENDANT LA GROSSESSE.

Clinique Tarnier : Sur 26.155 grossesses, 26 cas compliqués de kystes de l'ovaire (1919-1929).

Flaischen (Berlin) : Sur 18.000 grossesses, 5 cas compliqués de kystes de l'ovaire.

Lœhlein (Giessen) : Sur 13.000 grossesses, 2 cas compliqués de kystes de l'ovaire.

(Moyenne : 1 kyste de l'ovaire sur 2.500 grossesses.)

VARIÉTÉS DE KYSTES DE L'OVAIRE COMPLIQUANT LA GROSSESSE.

Jetter : Sur 105 cas de grossesse avec kyste de l'ovaire, 76 p. 100 de kystes dermoïdes.

Mackeron : Sur 131 cas de grossesse avec kyste de l'ovaire, 79 p. 100 de kystes dermoïdes.

Il est probable que la plus grande fréquence des kystes dermoïdes est due au fait que ceux-ci, de petit volume et d'une évolution plus lente, ne deviennent gênants qu'au moment de la gestation, alors que les kystes mucoïdes, plus volumineux et d'une évolution plus rapide, ont nécessité l'intervention en dehors de toute puerpéralité.

Kyste de l'ovaire et fécondation.

Le kyste de l'ovaire est une cause de stérilité.

D'après Olshausen : Stérilité des femmes ayant un kyste de l'ovaire, 17 p. 100;

Stérilité en dehors des kystes de l'ovaire, 8 p. 100.

Kyste de l'ovaire et gestation.

a) INFLUENCE DU KYSTE SUR LA GESTATION.

Le kyste peut être incriminé comme cause d'avortement ou d'accouchement prématuré :

Jetter : 36 avortements ou accouchements prématurés sur 215 grossesses avec kystes de l'ovaire, 17 p. 100; Heiberg, 19 p. 100; Puesch et Vanverts, 12 p. 100; De Lee, 20 p. 100.

L'avortement se produit le plus souvent vers le troisième ou le quatrième mois.

Le kyste peut influencer sur la situation de l'utérus, qui peut être dévié :

En avant, la présentation fera saillie au-dessus du pubis;

En arrière, rétrodéviatiou réductible (si la tumeur est pédiculée) ou non (il est alors indiqué d'enlever la tumeur qui amènerait l'enclavement de l'utérus gravide dans le petit bassin ou l'avortement);

Latéralement, on observe des troubles de compression.

En cas de kyste abdominal, les troubles de compression pourront déterminer de la dyspnée, de la cyanose (par gêne du diaphragme), de l'intoxication urinaire (par compression des uretères), des varices, des hémorroïdes.

En cas de kyste pelvien, on pourra observer une compression de la vessie (pollakyurie et incontinence d'urine, ou bien ténesme et dysurie), de la constipation (par compression du rectum et gêne des mouvements physiologiques de l'effort).

Les compressions peuvent être douloureuses, empêcher le sommeil. Les tiraillements des filets sympathiques du plexus utéro-ovarien peuvent créer une dyspepsie d'origine réflexe, amenant chez certaines malades un état de cachexie ovarienne.

b) INFLUENCE DE LA GESTATION SUR LE KYSTE.

Il peut arriver que la grossesse donne un coup de fouet au kyste, le fasse augmenter rapidement de volume, ou évoluer vers la malignité (dans 6 p. 100 des cas, d'après Jetter).

Mais l'influence la plus dangereuse que la grossesse puisse exercer sur un kyste ovarien, c'est la torsion pédiculaire.

Voici quelques statistiques indiquant la *fréquence de la torsion* :

	En dehors de la grossesse	Pendant la grossesse
Vanverts-Puesch	5 %	14 %
Terrillon	6 %	15 %
Ribemont-Dessaignes	9 %	17 %
Pozzi	9 %	16 %

La torsion est surtout fréquente du deuxième au quatrième mois.

Pour Pinard, l'augmentation de volume de l'utérus tendrait à mobiliser le kyste.

La rupture du kyste peut survenir à la suite d'une torsion pédiculaire (au début de la gestation) ou sous l'influence de la pression utérine (à la fin de la gestation).

Rémy : 49 ruptures sur 257 kystes de l'ovaire compliquant la grossesse.

Puesch et Vanverts : 3,5 p. 100 de rupture au cours de la grossesse; 2 p. 100 de rupture en dehors de la grossesse.

Si la rupture est un accident peu fréquent, sa gravité est grande : 50 p. 100 de mortalité (d'après Ribemont-Dessaignes).

Le kyste peut aussi devenir le siège d'inflammation.

A sa surface extérieure, il pourra contracter des adhérences avec l'utérus, l'intestin (occlusion intestinale), avec le tissu cellulaire du petit bassin (enclavement du kyste).

La suppuration intrakystique (16 cas de suppuration sur 290 kystes de l'ovaire pendant la grossesse) (Mackeron) se

manifeste généralement par des accès réguliers de fièvre intense avec frissons et sueurs s'accompagnant de douleurs et d'une altération rapide de l'état général.

Kyste de l'ovaire pendant le travail.

Avec les kystes abdominaux, l'accouchement se fait spontanément dans 95 p. 100 des cas. Ils peuvent cependant causer quelquefois des complications : gêner l'engagement et l'expulsion du fœtus s'ils sont prævia ou ont créé une obliquité utérine; gêner l'accommodation du fœtus et créer des présentations vicieuses (face, front, épaule, siège); retarder l'expulsion.

Mais ce sont surtout les kystes pelviens qui sont dystociques. Dans la majorité des cas, le kyste constitue un obstacle absolu à l'accouchement. Non seulement la vie de l'enfant, mais encore celle de la mère sont en danger si l'on n'intervient pas à propos. Le traitement de choix est ici l'ovariotomie abdominale, suivie de l'accouchement par les voies naturelles.

Si on laisse les choses évoluer, on peut observer un arrêt de progression de la tête. Si les contractions utérines continuent d'être actives, l'utérus risque de se rompre; ou bien l'utérus, fatigué, se relâche. Il faut craindre la mort de l'enfant et la putréfaction *in utero*.

Kyste de l'ovaire et suites de couches.

Le kyste est exposé à une complication grave : la torsion pédiculaire, par suite de la diminution brusque du volume de l'utérus, rendant sa mobilité à la tumeur. On note une prédisposition en cas de kyste lourd, à pédicule long, haut situé dans la cavité abdominale, et ayant contracté des adhérences avec l'utérus.

La torsion peut être légère ou complète. Elle peut être suivie de rupture, d'hémorragie intrakystique, de sphacèle ou de suppuration du kyste.

La rupture du kyste peut survenir par torsion, par augmentation de la pression intrakystique, par hémorragie, par tiraillements de la paroi au moment de l'involution utérine, en cas d'adhérences.

Le kyste peut gêner l'involution utérine; des hémorragies utérines peuvent se produire en cas d'adhérences entre le kyste et l'utérus, dont la paroi est traumatisée par les tiraillements. Si l'utérus est dévié de sa position normale, il pourra y avoir une évacuation défectueuse des lochies et un risque d'infection utérine.

7° HÉMORRAGIES DES KYSTES DE L'OVAIRE

Les hémorragies des kystes de l'ovaire sont rarement spontanées. Sur 17 observations, Daniel ne relève que 2 hémorragies kystiques primitives, contre 15 hémorragies kystiques secondaires.

Les hémorragies s'observent le plus souvent dans la torsion du pédicule, surtout à la suite de torsions partielles qui se redressent. La circulation s'arrête d'abord dans les veines comprimées, tandis que les artères restent encore perméables. Il en résulte des ruptures capillaires par surcharge avec épanchement de sang dans la cavité du kyste.

Il faut noter, par contre, la rareté des hémorragies consécutives à la rupture des kystes de l'ovaire : 2 hémorragies sur 25 ruptures (Fossard).

Mais les hémorragies sont favorisées par les altérations des parois du kyste (dégénérescence néoplasique, tuberculeuse); par toutes les causes de congestion, de stase, du côté des organes du petit bassin; c'est ainsi que les hémorragies peuvent survenir pendant la menstruation : « kystes ménorragiques de Boeckel »; pendant les derniers mois de la grossesse : « hémorragies par congestion » de Remy.

Si les hémorragies minimales peuvent passer inaperçues (n'être qu'une simple découverte opératoire), ou bien se traduire par un peu de douleur, de pâleur, de fatigue, par

contre, dans les cas sévères, on voit survenir tous les signes d'hémorragie interne, en même temps que le kyste tendu augmente de volume et devient douloureux.

Le pronostic, très sombre quand il y a ictus violent, varie avec les cas et même la cause de l'hémorragie intrakystique. Une torsion complète et brusque, un traumatisme, donnent facilement des accidents mortels.

L'intervention hâtive s'impose dans l'immense majorité des cas. Ici, l'ovariotomie doit être considérée comme une opération d'urgence. L'hésitation n'est pas plus de mise que lors d'une hernie étranglée.

OBSERVATION XXXV.

Mme M..., 30 ans.

La malade entre à l'Hôpital Boursier, le 19 février 1931, pour *douleurs abdominales*.

Histoire de la maladie : La malade a subi, trois ans auparavant, une annexectomie gauche pour annexite bacillaire. Par la suite, elle se trouva améliorée; ses règles redevinrent normales; elle ne toussa pas, reprit du poids.

Le 30 janvier 1931, la malade est prise brusquement de douleurs à type de torsion, prédominant dans la fosse iliaque droite, mais irradiant à tout l'abdomen. Ces douleurs empêchent tout travail et sont calmées par le repos. Dernières règles normales.

Examen : Malade menue; facies coloré. L'abdomen, souple, non augmenté de volume, présente une cicatrice sus-pubienne, de cinq ans, serrée, fibreuse.

Toucher vaginal : Col un peu mou.

Utérus antéfléchi et refoulé à gauche par une grosse masse kystique siégeant dans la fosse iliaque droite.

Auscultation : Respiration rude aux deux sommets.

Cœur normal. Tension artérielle : Mx, 14; mn, 7; P. E. 11;
I. O = 2.

Conclusion : M. le Professeur Guyot pense à un kyste de l'ovaire

droit, tout en faisant des réserves pour une péritonite enkystée d'origine bacillaire.

Opération le 24 février : Péritoine sans granulations. Pas d'ascite. A droite, adhérences intestinales multiples. La vessie masque l'utérus et la face antérieure d'un *kyste mucoïde de l'ovaire droit*. La ponction du kyste permet de retirer un *liquide hématique*.

Isolement de l'utérus et hystérectomie subtotale. On décolle la poche kystique. On enlève l'appendice, qui est gros, congestionné.

Bonnes suites opératoires.

Le 26 mars, la malade quitte l'hôpital et va commencer une cure à Salies-de-Béarn.

OBSERVATION XXXVI.

La malade entre, le 3 octobre 1929, à l'Hôpital Boursier pour des *douleurs abdominales*.

Antécédents personnels : Réglée à 11 ans. Règles normales, durant quatre à cinq jours.

Fausse couche à 18 ans. Pas de grossesse. Pertes blanches. Dernières règles le 7 septembre.

Histoire de la maladie : En 1928, la malade ressentit dans la fosse iliaque gauche des douleurs, avec sensation de pesanteur et de tiraillement.

En août 1929, souffrant toujours, elle consulta le Docteur Bardon, qui lui trouva une grosse masse dans le cul-de-sac latéral gauche et lui conseilla de se faire opérer.

Examen (Dr Villar) : Utérus un peu gros, antéfléchi et repoussé du côté droit. Pas d'annexes droites perceptibles. Remplissant le cul-de-sac latéral gauche, une tumeur arrondie, fluctuante, peu sensible et peu mobile.

Opération le 17 octobre (Prof. Guyot) : *Gros hydrosalpinx gauche*, inclus dans le ligament large, et *kyste hématique de l'ovaire droit*.

Hystérectomie subtotale et ovariectomie.

Bonnes suites opératoires.

Exeat le 15 décembre.

CONCLUSIONS

I. — La fréquence relative des différentes variétés anatomopathologiques de kystes de l'ovaire a subi, depuis les débuts de l'ère chirurgicale, des modifications assez sensibles. Autrefois, les kystes mucoïdes constituaient l'immense majorité des kystes de l'ovaire dont on pratiquait l'ablation. Actuellement, le chirurgien observe une proportion assez considérable de kystes dermoïdes de l'ovaire, ainsi que de kystes du parovaire.

II. — Education du public, séméiologie plus fine, permettent actuellement un diagnostic précoce des kystes dermoïdes, bien souvent méconnus autrefois, en dehors de leurs complications, par suite de leur faible volume.

III. — Les kystes de l'ovaire sont susceptibles de multiples complications dont les plus importantes sont : la torsion, la suppuration, la rupture, les dégénérescences néoplasique et tuberculeuse, les hémorragies... Les kystes dermoïdes, du fait de leur structure, sont prédisposés à la plupart de ces complications.

IV. — Mieux vaut ne pas attendre ces complications, souvent très graves, pour intervenir. Chez toute malade portant un kyste de l'ovaire, dès le diagnostic posé, l'ovariotomie est à conseiller. C'est l'opération de choix. Ses suites sont des plus simples. Elle améliore largement le pronostic vital en prévenant les complications.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*
PIERRE MAURIAC.

Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 13 juillet 1935.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBRY. — Torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1900.
- BARNES. — Traité clinique des maladies des femmes.
- BARON. — Torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1898.
- BEGOUIN. — Pathologie chirurgicale, t. V., *Gynécologie*.
- BÉNARD. — Torsion pédiculaire et occlusion intestinale. Thèse de Paris, 1897.
- BERNARD (Charles). — Kyste de l'ovaire et grossesse. Thèse de Paris, 1920.
- BERTRAND (Jacques). — Suppuration post-grippale des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1931.
- BOUILLY. — Kystes de l'ovaire suppurés. *Gynécologie*, juin 1896.
- BOURMALATZ. — Tuberculisation des kystes de l'ovaire. Thèse de Toulouse, 1923.
- CARAZO (Rafael). — Hétéro-récidive des kystes de l'ovaire. (Thèse de Montpellier, 1931.
- CABANES. — Torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire. Thèse de Montpellier, 1913.
- CHEVILLOTTE. — Rupture spontanée des tumeurs liquides de l'ovaire. Thèse de Paris, 1907.
- COUVREUR. — Hémorragies des kystes de l'ovaire. Thèse de Lille, 1902.
- CHAVANNAZ et ROCHE. — Kystes hématiques des ovaires. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1905.
- DEBRAY. — Sur la fréquence de l'évolution maligne des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1900.
- DELBET. — Suppurations pelviennes.

- DANIEL (Constantin). — Hémorragies des kystes de l'ovaire. *Gynécologie*, 1903.
- DANIEL (Gabriel). — Torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire. Thèse de Montpellier, 1931.
- DEMONS. — Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine pendant les manœuvres d'exploration. *Gaz. hebdomadaire*, Bordeaux, 1896.
- DE LA POUGE. — Dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire. Thèse de Montpellier, 1913.
- DUGÈS (Henry). — Kyste de l'ovaire et grossesse. Thèse de Toulouse, 1920.
- DUFFNER. — Rupture des kystes de l'ovaire. Thèse de Nancy, 1893.
- FERAUD. — Kyste suppuré de l'ovaire. Thèse de Bordeaux, 1896-1897.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie*.
- FOSSARD. — Rupture spontanée des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1901.
- GERMAIN. — Kystes dermoïdes ouverts dans la vessie. Thèse de Lyon, 1909.
- GORUSCHINE. — Suppuration des kystes dermoïdes de l'ovaire. Thèse de Lyon, 1905.
- GUICHARD. — Torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire. Thèse de Lyon, 1895.
- HAMMER. — Kystes de l'ovaire et grossesse. Thèse de Paris, 1930.
- LEFEBVRE. — Suppuration des kystes de l'ovaire et du parovaire pendant la grossesse et les suites de couches. Thèse de Lille, 1919.
- LEMOINE. — Kyste suppuré de l'ovaire. Thèse de Lyon, 1903.
- LEVY (Suzanne). — Kystes bilatéraux de l'ovaire et grossesse. Thèse de Paris, 1920.
- LEVY (Lux). — Kyste de l'ovaire et grossesse. Thèse de Paris, 1921.
- LE GOFF. — Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. Thèse de Bordeaux, 1934.
- MASLENKOFF. — Kyste suppuré de l'ovaire. Thèse de Montpellier, 1930.
- MÉDEVILLE. — Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine. Thèse de Paris, 1910.

- MOCQUOT. — Kyste de l'ovaire. *Pratique médico-chirurgicale*, t. VI.
- MOULS. — Torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1890.
- MASSONNAUD. — Rupture spontanée des kystes de l'ovaire pendant l'anesthésie chirurgicale. Thèse de Lyon, 1912.
- NEPVEU. — Rupture du kyste de l'ovaire droit. Diagnostic avec l'appendicite. Thèse de Paris, 1901.
- NIOT. — Torsion pédiculaire du kyste de l'ovaire droit. Diagnostic avec l'appendicite. Thèse de Paris, 1901.
- PARIZOT. — Torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1886.
- PASCALIS. — Complications des kystes de l'ovaire. *Médecine pratique*, novembre 1927.
- RÉMY. — Grossesse compliquée de kystes ovariens. Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
- RIOMS. — Torsion pédiculaire des kystes para-ovariens. Thèse de Bordeaux, 1905-1906.
- SEVENO. — Torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire. Thèse de Bordeaux, 1896.
- SERGUEFF. — Kyste suppuré de l'ovaire. Thèse de Montpellier, 1903.
- THÉAULT. — Kyste de l'ovaire et puerpéralité. Thèse de Bordeaux, 1922.
- TAIT (Lawson). — Ovarian diseases, 1886.
- WELLS SPENCER. — Maladie des ovaires. 1865-1872.

